[Pagina 1 - Fără text extras]

[Pagina 2 - Fără text extras]

JURNAL DE PSIHOTERAPII BAZATE PE DOAVE

VOLUM 23 MARTIE 2023 NUMĂR SPECIAL

CUPRINS

Institutul Internațional pentru Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mintală Aplicată (IIAS

al PAMH) este un institut de cercetare al Universității Babeș-Bolyai (UBB), situat în Cluj-Napoca,

România. Universitatea Babeș-Bolyai este una dintre cele mai vechi, cele mai prestigioase și mai influente cadre universitare

setari din Romania si din Europa Centrala-Est (http://www.ubbcluj.ro). Au trecut aproape patru

secole de la începuturile acestei universităţi din Cluj-Napoca. Primul proiect care a înființat un superior

instituție de învățământ din Cluj-Napoca a fost consemnată în 1565, iar în 1581 a fost înființată o instituție academică.

colegiu, organizat și condus de iezuiți. De atunci, Universitatea Babeș-Bolyai a devenit una modernă

instituţie care a căpătat o faimă remarcabilă prin realizările sale de lungă durată la nivel naţional şi

nivel international. Institutul va invita ca afiliați/parteneri organizații prestigioase implicate

dezvoltarea psihoterapiei și a intervențiilor aplicate de sănătate mintală. IIAS al PAMH își propune să

promovarea studiilor avansate și a burselor în domeniul sănătății mintale aplicate prin cercetare.

Facultatea IIAS a PAMH va avea responsabilități strategice și consultative. Este compus din

profesioniști de prestigiu în domeniul psihoterapiei și intervențiilor aplicate de sănătate mintală:

Informații specifice și informații mai detaliate despre IIAS al PAMH pot fi obținute vizitând

site-ul nostru la: http://www.psychotherapy.ro sau trimițându-ne un e-mail la internationalinstitute@psychology.ro

ISSN: 2360 – 0853

ISSN -L: 2360 – 0853

Universitatea Babeş -Bolyai

Presa Universitară Clujeană

Director: Codruţa Săcelean

Str. Hasdeu nr. 51

400371 Cluj-Napoca, România

Tel./Fax: (+40) -264-597.401

E-mail: editura@editura.ubbcluj.ro

http://www.editura.ubbcluj.ro

Introduction to the Special Issue

Re-thinking CBT: Providing Strategies for a New Way of Living ... 1 Journal of Evidence -Based Psychotherapies,

Vol. 23, Special Issue, March 2023, 1-2.

RE-THINKING CBT: PROVIDING STRATEGIES

FOR A NEW WAY OF LIV ING

Oana David1, Dr. Azucena Garcia2, Arnold AP van Emmerik3

(Co-redactori ai numărului special)

1 Universitatea Babes-Bolyai

2 Universitat Jaume,

3 Universitatea din Amsterdam

Journal of Evidence -Based Psyc hotherapies (JEBP) este publicat în

în colaborare cu Asociația Europeană pentru Terapii Comportamentale și Cognitive

(EABCT) numărul special dedicat temei principale a Anuale 2022 a EABCT

Congres de la Barcelona – RE-gândirea CBT: oferirea de strategii pentru un nou mod de a

trăind . Autorii unor note cheie, contribuții la simpozion, lucrări deschise și postere

acceptat pentru prezentare la conferință și concentrat pe investigarea inovației

Abordările și tehnicile CBT au fost invitate să se prezinte la acest număr special. Astfel,

scopul nostru pentru acest număr special este să aducem în lumina reflectoarelor noile evoluții în

domeniul CBT care poate fi eficient în abordarea preocupărilor globale actuale în termeni

de sănătate mintală.

Numărul special începe cu trei articole axate pe examinarea efectelor

a diferitelor modele de intervenţie cognitiv-comportamentală în abordarea anxietăţii în

adolescenti.

Articolul lui Chikaze Sugiyama și colegii de la JF Oberlin

Universitatea din Japonia prezintă un studiu care urmărește să investigheze efectele a

intervenție în școală, care vizează creșterea abilităților de coping și îmbunătățirea copingului

flexibilitate, pentru a ajuta adolescenții să-și gestioneze anxietatea în timpul COVID-19

pandemic.

Al doilea articol al Dianei Vieira Figueiredo de la Universitatea din Coimbra,

Portugalia și colegii ei testează aplicabilitatea modelului lui Clark și Wells în

explicarea factorilor de întreținere pentru tulburarea de anxietate socială la adolescenți.

În al treilea articol, Cláudia P. Pires de la Universitatea din Coimbra, Portugalia,

iar colegii descriu un studiu de caz pentru a ilustra aplicarea manualului

Programul AcAdeMiC online (Acționând cu acceptare, atenție și compasiune

pentru a depăși anxietatea de testare/examen) care vizează tratarea anxietății de testare și stimularea bine -

ființă, compasiune, acceptare și atenție la un elev de liceu.

Următoarele două articole prezintă utilizarea realității virtuale și

tehnologii mobile în CBT. Al patrulea articol scris de Sven van Kuik din

PsyQ, Țările de Jos, și colegii săi prezintă un studiu pilot care a investigat

Introducere în numărul special I

2 Regândirea CBT: furnizarea de strategii pentru un nou mod de viață... acceptabilitatea și eficacitatea rescriptării imaginilor în realitate virtuală în comparație cu

Rescrierea convențională a imaginilor pentru PTSD din cauza abuzului sexual în copilărie.

Al cincilea articol scris de Veerle Ross de la UHasselt în Belgia este

prezentând implicarea utilizatorului într-o nouă aplicație și tablou de bord pentru smartphone

bazată pe terapia cognitiv-comportamentală, denumită „platformă folosind dovezi bazate”.

Intervenții pentru sănătatea (mentală)” (TOTEM).

Următoarele două articole sunt axate pe mecanismele psihopatologiei bazate d

pe diverse abordări CBT. În al șaselea articol, Daniel Seabra de la Universitate

din Coimbra și colegii se concentrează pe examinarea rolului autocompasiunii și

sprijin social în cazul persoanelor minoritare sexuale ca moderatori în cadrul

relația dintre rușine și psihopatologie.

Al șaptelea articol al Joannei Urbańska și al Anna Słysz din Adam

Universitatea Mickiewicz, Polonia, își propune să determine rolul dezadaptativului timpuriu

scheme în schimbarea sănătății mintale și bunăstării generale în timpul CO VID-

19 pandemie de coronavirus într-un studiu retrospectiv.

Considerăm, luate împreună, lucrările selectate pentru acest Număr Special

sunt capabili să ilustreze evoluții importante ale TCC, în ceea ce privește intervenția

tehnici, modele, tehnologii și aplicații.

Sectiunea Articole

Covid -19, anxietate, intervenție școlară 3 Journal of Evidence -Based Psychotherapies,

Vol. 2 3, Număr special, martie 2023, 3-14.

10,24193 /jebp. 2023.1.1

EXAMINAREA EFECTULUI IVENITATEA

A O INTERVENȚIE A ABILITĂȚILOR DE COOPING

PENTRU ANXIETATE PENTRU JUNI SAU LICEUL

ELEVI ÎN PIMPUL PANDEMIEI DE CO VID-19

Chikaze Sugiyama[1,2]*, Shunsuke Koseki[3], Rina Ki shino[4]

1 Ph.D., Departamentul de Științe Umaniste și Sociale Internaționale, Școala Absolventă din

Studii Internaționale, Universitatea JF Oberlin, Machida, Tokyo, Japonia

2 Societatea Japoneză pentru Promovarea Științei, Bursa de cercetare pentru tinerii oameni de știință

3 doctorat, Colegiul de Arte și Științe, Universitatea JF Oberlin, Machida, Tokyo, Japonia

4 MA, Master în Psihologie, Universitatea JF Oberlin, Machida, Tokyo, Japonia

Abstract

Acest studiu a implementat o intervenție școlară menită să îmbunătățească

flexibilitatea de coping și pentru a determina efectele intervenției asupra copingului și

anxietate la copii în timpul pandemiei de COVID-19. Un total de 692 primul și

al doilea an de liceu (347 de băieți, 320 de fete și 25

nici) au participat. Din cele 19 clase anul I și II de liceu

școală, 10 au participat la intervenție în iulie 2021 și nouă au participat

în ianuarie 2022. Rezultatele au arătat că programul de intervenţie

a redus efectiv anxietatea elevilor. În ceea ce privește copingul, nu a existat

modificarea „căutării de sprijin”, o scădere a „evitarii problemelor” și an

creșterea „interpretarii și recreerii pozitive.” Intervenția actuală,

care a avut ca scop îmbunătățirea flexibilității de adaptare, a fost eficient în reducerea

anxietatea și promovarea coping-ului în rândul elevilor de liceu în timpul

Covid-19 pandemie. În viitor, poate fi necesar să se discute reducerea

povara școlilor de a accepta experți externi prin utilizarea tehnologiei informației

echipamente și alte mijloace de a efectua intervenția de la distanță.

Cuvinte cheie: COVID -19, intervenție în școală, anxietate, coping, copii .

Pandemia de COVID -19 a avut un impact psihologic considerabil asupra

copiii și adolescenții din întreaga lume, inclusiv creșterea ratelor depresiei,

anxietate și simptome ale tulburării de stres posttraumatic (PTSD) (Marques de Miranda

et al., 2020). În martie 2020, 99% din gimnaziul public japonez și liceul

școli (în Japonia, aceasta se referă la școlile administrate de prefecturi și municipale

* Corespondența referitoare la acest articol trebuie adresată către Chikaze Sugiyama, Departament

de Științe Umaniste și Sociale Internaționale, Școala Absolventă de Studii Internaționale, JF

Universitatea Oberlin, Machida, Tokyo, Japonia.

Id de e-mail: snsn.500mf@gmail.com (CS)

 și 100% din școlile primare și liceale naționale (în Japonia, acest

se referă la școlile primare administrate de stat) au fost închise temporar (Ministerul

Educație, Cultură, Sport, Știință și Tehnologie, 2020).

Ulterior, din februarie 2022, numărul școlilor cu temporar

închiderile au scăzut semnificativ la 0,1% în liceele publice elementare și juniori

școli, respectiv (Ministerul Educației, Culturii, Sportului, Științei și

Tehnologie, 2020). Situația rămâne însă imprevizibilă, cu 15,4% din

școlile primare publice și 7,6% din liceele publice raportează

închideri temporare de clase sau clase (Ministerul Educației, Culturii, Sportului, Științei

și Tehnologie, 2022). Într-un sondaj din Japonia, 30% –40% din liceu

studenții au raportat că au răspuns la pandemie cu depresie, insomnie, dificultate

concentrare și durere sau frică (Centrul Național pentru Sănătatea și Dezvoltarea Copilului,

2022). Într-un sondaj realizat în timpul declarării stării de urgență în 2020,

43,7% dintre respondenții adolescenți au raportat că sunt îngrijorați de viața de după școală

reia (Hashimoto, 2020). Acest lucru sugerează că numărul de studenți care au fost

îngrijorarea cu privire la viața școlară a crescut după pandemia de COVID-19.

O strategie de sprijin psihologic pentru a îmbunătăți sănătatea și bunăstarea elevii expuși la situații neobișnuite au fost intervenții în școală (de ex., D'Amico și colab., 2017; Powell & Holleran-Steiker, 2017). Meta-analize multiple au confirmat eficacitatea programelor de intervenție în școală în reducerea sau prevenirea depresiei, anxietății și simptomelor PTSD în rândul studenților (Fu & Underwood, 2015; Werner-Seidler et al., 2017). Multe dintre aceste programe colaborează cu personalul școlii precum și cu psihologi externi. Cu toate acestea, din cauza siguranței considerații pentru a preveni răspândirea bolii în timpul răspunsului la COVID-19 Perioada, a devenit dificil pentru partenerii externi să ofere mintal specializat asistență medicală în mediul școlar.

Aceeași metodă de coping nu este întotdeauna eficientă în situații stresante și este necesar să folosiți diferite metode de coping în funcție de situație (Lazăr & Folkman, 1984). Abilitatea de a utiliza diferite strategii de coping în funcție de situația este definită ca „flexibilitatea de a face față” (Westman & Shiron, 1994). Kato (2012) practicile clasificate care abordează flexibilitatea de adaptare în (1) repertoriu, (2) variație, și (3) fitness. Abordarea repertoriului se concentrează pe gama de strategii de coping folosite de persoane fizice. Cu toate acestea, a examinat mai degrabă tipul de strategie de coping decât cea numărul de strategii de coping utilizate și nu a fost capabil să examineze utilizarea efectivă a acestora tip de coping. Abordarea variației se concentrează pe diferite strategii de coping în răspuns la situații stresante. Cu toate acestea, aceste strategii nu produc întotdeauna rezultatele dorite. Prin urmare, abordarea de fitness se concentrează pe selectarea celui potrivit strategie de coping în funcție de evaluarea cognitivă a situației pentru a facilita rezultatul dorit. Evaluarea cognitivă este un concept propus de Lazăr și Folkman (1984). Evaluarea cognitivă și copingul influențează amploarea stresului reacții care variază de la individ la individ, chiar și atunci când se confruntă cu același lucru

factor de stres (Lazarus & Folkman, 1984). Evaluarea cognitivă include două tipuri de evaluări: amenințare, care este cât de mult te afectează ceva; și capacitatea de a face față,

Sectiunea Articole

Covid-19, Anxiety, School-based Intervention 5 care este cât de mult poți face față acesteia (Lazarus & Folkman, 1984). Studii anterioare au estimat că coping-ul de rezolvare a problemelor este eficient atunci când controlabilitatea evaluarea cognitivă este ridicată, iar coping-ul centrat pe emoție este eficient când este scăzut (Park și colab., 2001; Zakowski și colab., 2001). Mai mult, Kato (2012) a remarcat necesitatea pentru meta-coping ca o nouă perspectivă necesară pentru flexibilitatea copingului. Meta-coping este perspectiva monitorizării coping-ului prin evaluarea situaţiei şi evaluarea rezultatele procesului de coping. Având în vedere aceste constatări, credem că îmbunătățirea flexibilității de adaptare poate fi obținută prin selectarea adaptarii adecvate strategii în funcție de controlabilitatea evaluării cognitive și de a evalua rezultatele strategiei de coping selectate.

Pentru cei care trebuie să facă față factorilor de stres neobișnuiți pe care nu îi au cu experiență anterior, se așteaptă ca intervențiile care se concentrează pe flexibilitatea de adaptare facilitează adaptarea. Exemplele includ pacienții cu boli cronice (Schwarts și Rogers, 1994), pacienți cu tulburări dispeptice funcționale (Cheng și colab., 2007) și Adulti chinezi care lucreaza (Cheng et al., 2012). În aceste practici, scopul este de a selecta coping adecvat în funcție de controlabilitatea evaluării cognitive și să evaluează rezultatele coping-ului selectat. Deoarece COVID -19 este un nou factor de stres, noi a crezut că intervențiile care vizează îmbunătățirea flexibilității de adaptare ar putea fi de așteptat scăderea anxietății la elevii de școală elementară. Intervenții care se concentrează pe coping flexibilitatea în Japonia nu s-a practicat cu copiii, ci au fost practicate cu studenți (Nakamura, 2015). Flexibilitatea de a face față este, de asemenea, asociată stresul și depresia în rândul studenților japonezi (Kato, 2001).

Scopul acestui studiu a fost implementarea unei intervenții în școală menite să îmbunătățească abilitățile de coping și să clarifice dacă intervenția scade anxietatea la copii în timpul pandemiei de COVID-19 prin îmbunătățirea abilităților de coping. Ne așteptăm ca, după intervenție, participanții să aibă scoruri crescute la Subscale Tri-axial Coping Scale-24 (TAC-24) - „căutând sprijin", „problemă" evitarea" și „interpretarea pozitivă și recreerea" – precum și reducerea anxietății scorurile ar scădea.

Metodă

Participanți și procedură

Fluxul de participanți este ilustrat în Figura 1. Un total de 692 de studenți (12 –14 ani, M = 12,78, SD = 0,65; Au participat 347 de băieți, 320 de fete și 25 de necunoscute anul I și II de liceu. În implementarea intervenţiei pentru acest studiu, al doilea autor a contactat directorul gimnaziului pentru a solicita participarea. S-a folosit prelevarea de bulgări de zăpadă. Toți participanții ar putea citește și scrie în japoneză și s-au născut și au crescut în Japonia.

Sectiunea Articole

6 Covid-19, anxietate, intervenție în școală Figura 1. Diagrama fluxului participantului

La acest studiu, unele clase au participat în iulie 2021, în timp ce altele a participat în ianuarie 2022. Când participanții au primit intervenția a fost repartizate aleatoriu pe o clasă cu clasă. Din cele 19 clase de anul I și II la liceu, 10 au participat la intervenție în iulie 2021 și nouă au participat în ianuarie 2022. Toți participanții au finalizat prima măsurătoare două săptămâni înainte de intervenție (adică pre-intervenție) și a doua măsurătoare două săptămâni după intervenție (adică post-intervenție). Participanții au fost aleatoriu numerotate astfel încât răspunsurile la prima măsurare să poată fi corelate cu răspunsurile

la a doua măsurătoare.

Sectiunea Articole

Covid -19, Anxietate, Intervenție în școală 7 În prefecturile în care erau situate școlile vizate, rata de infecțiile la 100.000 de persoane a fost de aproximativ 4,0–4,1 în ziua intervenției în iulie 2021 și 69,8 – 89,9 în ziua intervenției din ianuarie 2022. Guvernul subcomisia a stabilit că atunci când numărul de persoane infectate la 100.000 persoane era ≥ 25, corespundea stadiului cel mai grav al infecției. The numărul de cazuri de „15 sau mai multe” corespunde etapei în care numărul de persoanele infectate este în creștere rapidă.

Toți elevii participanți, părinții/tutorii lor și directorii de școală a dat consimțământul informat înainte de completarea primului chestionar. The chestionarul era anonim și nu includea informații personale. Studiul protocolul a fost aprobat de comitetul de etică al instituției primului autor.

Niciun participant nu a primit psihoterapie sau farmacoterapie înainte de studiu.

Program de intervenție

Intervenția s-a desfășurat într-o singură ședință de 50 de minute care a implicat cinci trepte. A fost condus de un student absolvent cu specializare în psihologie clinică, care a primit pregătire adecvată de la un profesor universitar cu certificare națională ca a psiholog clinician din Japonia.

Pasul 1 (10 minute) a constat în psihoeducație privind mecanismul de anxietate. În mod specific, să-și reducă rezistența de a face față anxietății în acest sens intervenție, elevii au fost informați că sentimentele lor de anxietate nu sunt rele și că toată lumea avea aceste sentimente. Intervenționistul a explicat că cognitiv evaluarea și copingul au influențat gradul de anxietate. Folosind exemple de factori de stres pe care copiii le pot experimenta în viața lor de zi cu zi, a explicat el mecanismul stresului

reacții bazate pe teoria lui Lazăr și Folkman (1984).

În Pasul 2 (10 minute), o explicație mai detaliată a cognitivului

a fost oferită evaluarea și tipurile de coping. A informat intervenționistul

participanţilor că evaluarea cognitivă este capacitatea de a evalua controlabilitatea şi că

compatibilitatea cu adaptarea la stres se modifică în funcție de controlabilitate. Pe scurt, noi

a explicat că coping concentrat pe emoție pentru factorii de stres cu controlabilitate scăzută și

rezolvarea problemelor pentru factorii de stres cu controlabilitate ridicată au fost eficiente în

reducerea reacțiilor de anxietate și stres. Am încercat să facem explicații ușoare

înţelege prin transformarea conceptelor psihologice în personaje şi folosind

exemple de factori de stres pe care copiii i-ar putea experimenta în viața lor de zi cu zi. De exemplu,

am oferit un exemplu de închidere a școlii din cauza controlului infecției cu COVID-19.

Intervenționistul a povestit următoarea poveste: „Focare de COVID-19 și școală

închiderile sunt factori de stres care este puțin probabil să fie controlați. Dacă petreci mult timp

singur acasă, s-ar putea să te simți anxios. Un exemplu de adaptare ar putea fi: „Ar putea fi

o ușurare dacă am ști când se va diminua COVID -19! Să căutăm pe internet! '

Acest tip de coping este problema - rezolvarea copingului. Ca urmare, avem o mulțime de incertitudini

informaţii şi multă anxietate. Cu factori de stres care sunt mai puțin controlabili,

coping-ul de rezolvare a problemelor nu este foarte eficient în reducerea reacțiilor de anxietate și stres.

Să luăm în considerare combinarea acestui lucru cu alte strategii de coping. În celălalt tip de

 Coping, am decis să încerc să citesc o carte preferată pentru a-mi reîmprospăta starea de spirit. Ca urmare,

cauza COVID-19 și închiderea școlilor nu se va schimba, dar ne putem aștepta să o avem

un moment bun și reduce reacțiile de anxietate și stres. ”

În Pasul 3 (15 min), participanții au fost rugați să reflecteze asupra factorilor de stres experimentați

în viața lor de zi cu zi și să ia în considerare combinația de evaluare cognitivă și

strategii eficiente de coping. Odată ce o combinație a fost luată în considerare, participanții au fost

li sa cerut să prezică rezultatul după a face față și schimbarea sentimentelor lor de anxietate.

Dacă rezultatele sau sentimentele de anxietate nu au fost pozitive, participanții au fost încurajați

să revizuiască evaluarea cognitivă sau să ia în considerare combinarea acesteia cu un alt coping

strategie.

În Pasul 4 (cinci minute), le-am instruit pe unii dintre ei să-și prezinte munca

și împărtășește părerile lor cu ceilalți colegi de clasă.

În Pasul 5 (10 minute), ca supliment, am explicat că efectul este probabil

a fi mai mare dacă alegeți „coping" care poate fi realizat de unul singur. Intervenientul

a explicat următoarele pilde: „A fost o persoană care tușea în apropiere fără a

masca (stresor), care m-a facut sa ma simt mai anxioasa. Așa că le-am rugat să-și pună o mască.

Acesta este primul tip de coping. Dar mi s-a spus că persoana respectivă nu poate purta mască

din cauza [aceste] împrejurări. Eram convins, dar încă eram îngrijorat

infecţie; deci, anxietatea mea a crescut. Așa că, ca un al doilea tip de coping, mi-am luat măsuri de precauție

împotriva infecției prin spălarea mâinilor și dezinfectarea cu alcool. Apoi,

anxietatea mi-a scăzut. A face față pe care le poţi face singur este probabil să fie foarte mare

eficient! "

Clasa a fost finalizată explicând că conținutul clasei poate fi

utilizat în diverse situații din viața de zi cu zi și prin citarea unor scenarii specifice.

Măsurare

Anxietatea a fost măsurată folosind versiunea japoneză a Spence Children's

Anxiety Scale-Short Version (SCAS; Ishikawa et al., 2018). Auto-raportul

chestionarul a constat din opt itemi evaluați pe o scală Likert de 4 puncte: 0 („niciodată"), 1

(„uneori"), 2 („deseori") și 3 („întotdeauna"). Scorurile au fost însumate și variate

de la 0 la 24. Scorurile totale mai mari indică niveluri mai mari de anxietate. Ishika wa și colab.

(2018) au raportat o excelentă fiabilitate și validitate a SCAS în general

populația de copii japonezi.

Coping-ul a fost măsurat folosind TAC-24 (Masuda și colab., 2010). Auto-raportul

chestionarul a constat din 24 de itemi evaluați pe o scală Likert de 5 puncte cu patru răspunsuri

opțiuni: 1 („Nu am făcut (gând) asta niciodată. Niciodată din nou”), 2 (Uneori fac (gândesc) așa.

Nu vor fi mulți în viitor ”), 3 („Uneori fac (gândesc) așa.

probabil că o fac din când în când ”), 4 („Adesea fac (mă gândesc) asta. O să fac des”) și 5

(„Întotdeauna am gândit așa. Va continua să o facă”). S-au însumat scorurile

și a variat de la 24 la 120 de puncte. Un scor total mai mare indică mai multe tipuri de coping

strategiile invatate. Masuda și colab. (2010) au raportat o fiabilitate și validitate excelente ale

TAC-24 în populația generală a copiilor japonezi.

 O foaie de impresie creată de primul autor al acestui studiu a fost folosită pentru a

să examineze evaluările participanților cu privire la programul de intervenție. Pentru cele deschise

întrebărilor, participanților li s-a cerut să scrie liber despre ceea ce au crezut, lor

impresii generale și ceea ce au învățat în timpul intervenției.

Analiza datelor

Toate analizele au fost efectuate folosind IBM SPSS Statistics versiunea 28.0 (Japonia

IBM, Tokyo, Japonia). Analizele din studiul nostru au cuprins statistici descriptive pentru

toate măsurătorile pre și post-intervenție, teste t pentru examinarea intervenției

efectele și calcularea mărimii efectului Cohen sd post-intervenție cu pre-

intervenția ca bază. Testul t a inclus timpul (pre- sau post-intervenție) ca

variabilă independentă și scor TAC -24 „căutare sprijin”, „evitare a problemelor”

scor și scorul „interpretare pozitivă și recreare” și scor SCAS ca

variabile dependente.

Rezultate

Excluzând 20 de participanți care nu au răspuns și 323 care au avut incomplet

răspunsuri, 369 de participanți (186 băieți și 183 fete) au fost incluși în analiză

(Tabelul 1).

Tabelul 1. Statistici descriptive și rezultatele testului t

pre-

interventie post-

intervenție t (368) d

SCAS

Scoruri totale M 7,16 6,28 5,50*** 0,29

SD 5,66 5,78

TAC -24

caută sprijin M 26,40 26,39 0,04 ns 0,00

SD 7,16 7,52

evitarea problemelor M 13,00 12,56 2,45* 0,13

SD 4,54 4,80

interpretare pozitivă și recreere M 29,72 32,47 9,83*** -0,51

SD 6,19 7,72

*: p <.05, ***: p <.001

Statisticile descriptive ale scorurilor SCAS au fost pre-intervenție (M = 7,16,

SD = 5,66) și post-intervenție (M = 6,28, SD = 5,78). Factorul scor SCAS

a prezentat o scădere semnificativă post-intervenție comparativ cu pre-intervenție (t(368)

= 5,50, p < .001, d = 0,29).

 Statisticile descriptive ale scorului TAC -24 „căutând sprijin” au fost următoarele:

pre-intervenție (M = 26,40, SD = 7,16) și post-intervenție (M = 26,39, SD = 7,52). Scorul „căutând sprijin” nu a arătat nicio diferență semnificativă înainte și post-intervenție (t(368) = 0,04, p = .97, d = 0,00).

Statisticile descriptive ale scorului TAC -24 „evitarea problemelor” au fost la fel urmează: pre-intervenție (M = 13,00, SD = 4,54) și post-intervenție (M = 12,56, SD = 4,80). Scorul de „evitare a problemelor” a arătat o scădere semnificativă după - intervenție comparativ cu pre-intervenție (t(368) = 2,45, p = .02, d = 0,13).

Statistica descriptivă a TAC-24 „interpretare pozitivă și recreare” scorurile au fost următoarele: pre-intervenție (M = 29,72, SD = 6,19) și post-intervenție (M = 32,47, SD = 7,72). Scorul „interpretare pozitivă și recreare” a arătat a creștere semnificativă post-intervenție comparativ cu pre-intervenție (t(368) = 9,83, p < 0,001, d = -0,51).

Următoarele au fost cele mai frecvente afirmații de pe foaia de amprentare: „Înțeleg mai bine evaluarea cognitivă și adaptarea”, „Am găsit acel sentiment de anxietate nu a fost rău”, „A fost mulțumit pe care l-am putut folosi în viața de zi cu zi”, „Vreau să iau această clasă din nou,” și „A fost ușor de înțeles exemplele vieții de zi cu zi.”

Discuţie

Scopul acestui studiu a fost implementarea unei intervenții în școală menită să crească abilitățile de coping și să îmbunătățească flexibilitatea de coping și să determine efectele intervenției asupra copingului și anxietății la copii în perioada COVID -19 pandemic. Rezultatele au arătat că programul de intervenție a fost eficient în reducerea anxietate în rândul elevilor de liceu în timpul pandemiei de COVID -19. Şcoală intervenția este de așteptat să fie o formă eficientă de sprijin psihologic pentru prevenire reacții de stres prelungite și cronice care sunt experimentate în prezent de copii.

În ceea ce privește adaptarea, rezultatele nu au arătat nicio schimbare în „căutarea sprijinului”, a

scăderea „evitarii problemelor” și o creștere a „interpretarii pozitive și

recreere. ” Este posibil ca elevii să fi încercat diferite strategii de coping și să găsească

că „interpretarea pozitivă și distragerea atenției” i-au ajutat să se simtă mai bine atunci când trăiesc cu

anxietate față de o boală precum COVID-19, asupra căreia nu aveau control. Este

important să folosiți strategii de coping diferite în funcție de factorul de stres și de coping

intervențiile de abilități pentru anxietate pot fi benefice pentru elevii de liceu

gestionați suferința asociată cu pandemia. Cu toate acestea, conținutul intervenției

poate fi motivul scăderii „evitarii problemelor”. „Problemă

evitarea”, așa cum este măsurată prin TAC -24, înseamnă a face față, cum ar fi amânarea sarcinilor care trebuie

gata, dând vina pe alții pentru eșecuri și creând scuze. Participanții au fost rugați

luați în considerare o combinație de evaluări cognitive și coping și apoi să preziceți

rezultatul și gradul de anxietate. „Evitarea problemelor” poate atenua temporar

sentimente negative; cu toate acestea, rezultatul este mai puțin probabil să fie o predicție bună și

Sectiunea Articole

Prin urmare, este mai puțin probabil ca anxietatea să se schimbe. Prin această lucrare, participanții pot avea

au învățat că „evitarea problemelor” nu este o strategie de coping eficientă, ceea ce îi conduce la

alege o strategie diferită de coping. Deoarece scopul acestei intervenții a fost selectarea coping-ului

strategii care reduc anxietatea în funcție de controlabilitatea stresorului, noi

cred că acest rezultat nu este neapărat negativ.

Conținutul foilor de recenzie sugerează că copiii au avut un bine

înţelegerea intervenţiei. Utilizarea exemplelor din viața de zi cu zi și caracterizarea

de concepte psihologice s-a considerat că a promovat înțelegerea copiilor.

În plus, mulți oameni au comentat că ar dori să-l primească din nou,

sugerând că, deși a fost o intervenție de grup, ei ar putea participa cu puțin

rezistenţă. Deși intervenția a fost implementată în perioada pandemiei, este posibil ca copiii să fie mai puțin rezistenți la primirea intervenției în săli de clasă cu colegii de clasă.

În viitor, va fi important să se efectueze auto-monitorizarea temelor pentru acasă vezi dacă flexibilitatea coping-ului dobândită prin intervenție a permis participanții să aleagă strategii adecvate de coping în viața lor de zi cu zi și să să le evalueze în mod corespunzător eficacitatea. Această procedură ne va permite să confirmăm gradul de generalizare a efectelor intervenției asupra vieții de zi cu zi și de a clarifica mai mult efecte detaliate asupra anxietății legate de COVID-19.

Limitări și direcții viitoare

Acest studiu a avut unele limitări. Întrucât a fost efectuată o singură intervenție si nici un grup de control nu a putut fi stabilit, este greu de spus ca o interventie efectul a fost pe deplin dezvăluit. Rezultatele trebuie examinate în continuare, după cum ar putea fi a fost influențată de alți factori. În plus, 323 de participanți cu incomplet răspunsurile au fost excluse. Motivul pentru numărul mare de răspunsuri incomplete poate să fi fost pentru că a fost un sondaj pe hârtie. În viitor, această problemă poate poate fi remediat prin utilizarea tabletelor sau a altor dispozitive electronice.

Psihoeducația pentru a promova înțelegerea potențialului de coping și în acest studiu au fost implementate combinații eficiente de tipuri de coping de îmbunătățire a flexibilității de adaptare. Cu toate acestea, generalizarea rezultatelor necesită examinare ulterioară. Se presupune că flexibilitatea de a face față implică mai multe aspecte cognitive procesele (Kato, 2012; Park et al., 2001; Zakowski et al., 2001). De exemplu, amintirea coping-ului dobândit, recunoașterea adecvată a situației cuiva, efectuarea de evaluări cognitive ale factorului de stres și evaluarea dacă meta-coping abilitățile produc rezultatul dorit pentru a face față. Cercetările viitoare ar trebui să examineze mai mult

mecanisme detaliate la ce contribuie procesele cognitive în flexibilitatea de adaptare

reducerea reacțiilor de stres și promovarea adaptării în a ajuta copiii să facă față

factori de stres neobișnuiți, cum ar fi pandemia de COVID-19. Acest lucru ar ajuta la clarificarea

elementele de bază ale programelor de intervenție axate pe flexibilitatea de adaptare.

În concluzie, intervenția efectuată în acest studiu, care a urmărit să crească

abilitățile de coping și îmbunătățirea flexibilității de coping, a fost eficientă în reducerea anxietății și

Deși copiii au arătat puțină rezistență la participarea la intervenție, aceasta

poate fi necesar pentru a reduce povara școlilor de a accepta experți externi prin utilizarea

echipamente informatice -tehnologice si alte mijloace de desfasurare a interventiei

de la distanță.

Nota autorilor

Declarație: Aceasta este o lucrare originală care nu a fost depusă și nici

publicat în altă parte. Toți autorii au citit și au aprobat lucrarea și se întâlnesc

criteriile de autor.

Mulțumiri: Această lucrare a fost susținută de JSPS KAKENHI Grant

Numărul 22K03083. Toți participanții la studiu au furnizat consimțământul informat și studiul

designul a fost aprobat de comisia de evaluare etică adecvată (JF Oberlin

Universitate; Data: 29 ianuarie. 2021, Număr aviz: 20040). Ne-am dori

mulțumim Editage (www.editage.jp) pentru editarea în limba engleză.

Conflict de interese: niciunul.

Referințe

Cheng, C., Kogan, A. și Chio, JHM (2012). Eficacitatea unui nou, coping

intervenția de flexibilitate în comparație cu o intervenție cognitiv-comportamentală

în gestionarea stresului la locul de muncă. Work & Stress , 26(3), 272 –288. https://doi.org/10.

1080/02678373.2012.710369

Cheng, C., Yang, FC, Jun, S. și Hutton, JM (2007). Coping flexibil

psihoterapie pentru pacienții dispeptici funcționali: un studiu randomizat, controlat.

Medicină psihosomatică, 69(1), 81–88. https://doi.org/10.1 097/01.psy. 0000

249734.99065.6f

D'Amico, PJ, Carmine, L., Roderick, H., DeSilva, M. și Vogel, JM (2017). O

model pe trei niveluri de servicii de traumă în școală pentru a aborda impactul pe termen lung

a unui dezastru natural major. Adolescent Psychiatry, 7(4), 315–329.

https://dx.doi.org/10.2174/2210676608666180312113947

Fu, C. și Underwood, C. (2015). O meta-revizuire a intervențiilor în caz de dezastre din școală

pentru copii și adolescenți supraviețuitori. Jurnalul de sănătate mintală a copiilor și adolescenților,

27(3), 161 –171. https://doi.org/1 0.2989/17280583. 2015. 1117978

Hashimoto, Y. (2020). Anxietatea, stresul și depresia oamenilor în criza legată de corona.

Journal of Information and Communication Research , 38(1), 25 –29.

https://doi.org/10.11430/jsicr.38.1_25

Ishikawa, S., Ishii, R., Fukuzumi, N., Murayama, K., Ohtani, K., Sasaki, M., Suzuki,

T. și Tanaka, A. (2018). Dezvoltarea, fiabilitatea și valabilitatea japonezilor

Versiune scurtă a Scalei de anxietate a copiilor Spence pentru adolescenți. Anxietate

Disorder Research, 10(1), 64 –73. https://doi.org/10.14389/jsad .10.1_64

Kato, T. (2001). Relația dintre flexibilitatea de a face față stresului și

depresie. Jurnalul Japonez de Psihologie, 72(1), 57–63. https://doi.org/

10.4992/jjpsy.72.57

Kato, T. (2012). Dezvoltarea Scalei de flexibilitate de adaptare: dovezi pentru

ipoteza flexibilității de adaptare. Journal of Counseling Psychology, 59(2), 262.
https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027770

Lazarus, RS, & Folkman, S. (1984). Stres, evaluare și adaptare. Springer.

Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, AC și Simoes -E-
Silva, AC (2020). Cum afectează pandemia COVID-19 sănătatea mintală
copii si adolescenti? Jurnalul Internațional de Reducere a Riscului de Dezastre, 51,
101845. https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845

Masuda, Y., Himachi, M. și Sakano, Y. (2010). Dezvoltarea și validarea
Scala Triaxială de Coping pentru elevul de liceu și liceu
student: Valabilitatea modelului tridimensional de coping pentru liceu
elev de școală și elev de liceu. Jurnalul Japonez al Stresului
Științe , 25(1), 53 –63.

Ministerul Educației, Culturii, Sportului, Științei și Tehnologiei. (2020). Starea de
implementarea închiderilor temporare de școli și exemple de inițiative.
https://www.mext.go.jp/ content/20200319 -mxt_kou hou02 -000004520_1.pdf

Nakamura, S. (2015). Efectele unui program de intervenție pentru îmbunătățirea copingului
flexibilitate. Buletinul Școlii Absolvente de Educație, Universitatea Hiroshima.
Partea 3 (Educație și științe umane), 64, 121 –128.

Centrul Național pentru Sănătatea și Dezvoltarea Copilului. (2022). Raport privind starea
mintea copiilor adolescenți și a tutorilor acestora în timpul pandemiei de COVID -19.
https://www.nc chd.go.jp/center/activity/covid19_kodomo/report/CxCN_repo.pdf

Park, CL, Folkman, S. și Bostrom, A. (2001). Evaluări ale controlabilităţii şi
coping in caregivers and HIV+ men: Testing in the goodness-of-potthesis.
Journal of Consulting and Clinical Psychology , 69, 481 –488. https://doi.org/
10.1037/0022 -006X.69.3.481

Powell, T., & Holleran -Steiker, LK (2017). Sprijinirea copiilor după un dezastru: A

studiu de caz al unei intervenții psihosociale bazate pe școală. Asistență socială clinică

Jurnal, 45 (2), 176–188. https://doi.org/10.1007/s10615 -015-0557 -y

Schwartz, CE și Rogers, MP (1994). Proiectarea unei intervenții psihosociale pentru

învață flexibilitatea de adaptare. Psihologia Reabilitarii, 39(1), 57. https://doi.org/

10.1037/h0080312

Westman, M. și Shiron, A. (1994). Dimensiunile comportamentului de adaptare: O propunere d

cadru conceptual. Anxiety, Stress, and Coping , 8, 87–100. https://doi.org/

10.1080/10615809508249366

Werner-Seidler, A., Perr y, Y., Calear, AL, Newby, JM și Christens en, H. (2017).

Programe școlare de prevenire a depresiei și a anxietății pentru tineri: A

 revizuire sistematică și meta-analiză. Clinical Psychology Review, 51, 30–47.

https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005

Zakowski, SG, Hall, MH, Klein, LC, & Baum, A. (2001). Control evaluat,

coping și stres într-un eșantion de comunitate: un test de bunătate a potrivirii

ipoteză. Annals Behavioral Medicine, 23, 158–165. https://doi.org/10.1207/

S15324796ABM2303_3

 Jurnalul de psihoterapii bazate pe dovezi,

Vol. 23, Număr special, martie 2023, 15-36.

10.24193/jebp.2023.1.2

CE EXPLICĂ ANXIETATEA SOCIALĂ ÎN

ADOLESCENȚI CU TULBURARE DE ANXIETATE SOC IALĂ

ȘI CONTROALE SĂNĂTOASE? APLICABILITATEA

AL MODELULUI CL ARK AND WELLS '

Diana Vieira Figueiredo1*, Paula Vagos1,2, Ana Ganho -Ávila1,

Maria do Céu Salvador1, Luiza Nobre -Lima1, Daniel Rijo1

1 Universitatea din Coimbra, Centrul de Cercetare în Neuropsihologie și Cognitive și Comportamentale

Intervenție (CINEICC) Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației

[2] Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Instituto de Desenvolvimento Humano

Portucalence

Abstract

Modelul lui Clark și Wells pentru anxietatea socială a propus mai multe întreținere factori pentru anxietatea socială (SA), care se presupune că există într-un continuum de la nivel normativ la nivel patologic (de exemplu, Tulburarea de anxietate socială – SAD). Pe baza acestor premise, am folosit un design în secțiune transversală pentru a investiga căi care leagă acei factori de întreținere de SA, la adolescenți (vârsta M = 16.02, SD = .97) cu SAD (n = 30) și controale sănătoase (n = 23), care au completat în chestionarele de auto-raportare despre acele variabile. Moderare separată modelele au fost testate folosind aceeași variabilă dependentă (adică SA) și diferite variabile independente (de exemplu, gânduri și convingeri sociale negative, atenție concentrată și comportamente de căutare a siguranței); grupul a fost moderatorul variabilă. Toate variabilele au fost predictori semnificativi ai SA, explicând între 80% (adică, atenție concentrată pe sine) și 83% (adică, comportamente de căutare a siguranței și gânduri și credințe sociale negative) ale variației sale. Grupul nu a fost niciodată un moderator semnificativ. Aceste rezultate favorizează modelul lui Clark și Wells pentru explicând SA de-a lungul continuumului său. Amploarea negativului cogniții, comportamente sigure de căutare a y și atenție centrată pe sine în

adolescenții cu SAD par să contribuie la o experiență mai perturbantă

al SA. Ca atare, abordarea acestor factori de întreținere poate fi utilă, ca a

abordarea preventivă și de remediere a SA în adolescență.

Cuvinte cheie : Anxietate socială; model Clark și Wells; Adolescenți; Clinic

și non-clinic.

* Corespondența referitoare la acest articol ar trebui să fie adresată lui Diana Vieira Figueiredo, Universitatea

din Coimbra, Centrul de Cercetare în Neuropsihologie și Intervenție Cognitiv Comportamentală –

CINEICC, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, 3000 -115 Coimbra, Portuga l.

https://orcid.org/0000 -0002 -4538 -1199 .

E-mail: diana.v .figueiredo@fpce.uc.pt

Experimentarea unor niveluri ușoare de anxietate socială este o experiență umană comună,

în special atunci când se confruntă cu situații noi, nefamiliare sau de evaluare socială (Clark și

Beck, 2011). Cu toate acestea, pot apărea dificultăți atunci când o varietate de socializare de zi cu zi

situațiile sunt suportate cu anxietate intensă care provoacă simptome multiple (de exemplu, mental

goluri, înroșire, refuzul de a participa la întâlniri sociale) care se asociază cu

depreciere semnificativă. La această extremă a continuum-ului anxietății sociale se află Social

Tulburare de anxietate (TAS). SAD se caracterizează printr-o frică accentuată și persistentă de

situații sociale și/sau de performanță în care cineva poate fi expus controlului

altele (American Psychiatric Association, 2013) . Adolescența este o deosebită

perioadă sensibilă pentru dezvoltarea SAD (Haller et al., 2015) . Ca atare, SAD are

debutul său obișnuit în timpul acelei perioade de viață (Knappe și colab., 2015; Stein și colab., 2017) și

este foarte răspândită în rândul adolescenților, cu rate de prevalență estimate punctual

între 1,29% (Jystad et al., 2021) și 9,4% (Alves et al., 2022) . SAD este foarte

stare debilitantă care este asociată cu deficiențe semnificative în multiple
domenii ale vieții adolescenților, cum ar fi relațiile romantice (Hebert et al., 2013) ,
prietenii (Erath et al., 2007) și performanța academică (Soohinda & Sampat h,
2016). În plus, cercetările arată că adolescenții cu SAD prezintă un risc mai mare
de a prezenta alte dificultăți de sănătate mintală (Jystad și colab., 2021; Mohammadi și colab.,
2020) și că, dacă nu primește intervenție de specialitate, a SAD în mod frecvent
persistând de-a lungul vieții (Stein și colab., 2017) .

Având în vedere că adolescența este o fază crucială a învățării sociale și că socială
interacțiunile joacă un rol cheie în dezvoltarea adolescenților (Leigh & Clark, 2018) ,
experimentarea SAD poate împiedica dobândirea de competențe care sunt esențiale
dezvoltat în timpul acelei faze de dezvoltare, având astfel un impact negativ asupra vieții adulte
(Masten & Cicchetti, 2010). Cu toate acestea, adolescența poate fi la fel de bine o oportunitate
pentru a furniza o intervenție eficientă având în vedere că plasticitatea crescută asociată cu
această fază de dezvoltare poate facilita învățarea emoțională și socială (Haller și colab.,
2015). Prin urmare, înțelegerea proceselor psihologice care ar putea explica
experiența anxietății sociale în adolescență este primordială.

Modelele cognitiv-comportamentale de anxietate socială au subliniat rolul de
cognitive (de exemplu, convingeri, gânduri negative) și comportamentale (de exemplu, evitare, siguranță
-
(căutarea comportamentelor) procese în explicarea anxietății sociale (Beck și colab., 1985; Clark;
& Wells, 1995; Rapee & Heim Berg, 1997). În special, Clark și Wells (1995)
modelul oferă un fundal teoretic puternic pentru înțelegerea menținerii
anxietatea socială care a adunat dovezi extinse, deși mai mult pentru adulți decât
pentru mostre de adolescenți (vezi mai jos). Conform acestui model, convingerile disfuncționale
despre sine și lumea socială a cuiva îi determină pe indivizi să interpreteze situațiile sociale în
un mod negativ și amenințător. Această evaluare a situației sociale declanșează apoi a

lanț de răspunsuri cognitive, afective și comportamentale care se autoperpetuează care previn

desconfirmarea credințelor și gândurilor negative, menținând indivizii

suferință (Leigh & Clark, 2018) . Mai exact, aceste răspunsuri includ în situație

 procese precum atenția excesivă concentrată pe sine și comportamentele de căutare a siguranței

(Clark, 2001).

Despre atenția centrată pe sine, Clark și Wells (1995) au propus această atenție

este deplasat spre interior, astfel încât indivizii să se monitorizeze îndeaproape și cum sunt

venind peste. Această schimbare a atenției îi împiedică pe indivizi să observe cum ceilalți

răspunde cu adevărat la acestea și crește gradul de conștientizare a informațiilor interne (de exemplu, anxietatea

simptome). La rândul său, această informație internă este interpretată ca o confirmare a

propriile gânduri și convingeri sociale negative ale indivizilor. În conformitate cu acest model (Clark,

2001), indivizii se angajează, de asemenea, într-o varietate de comportamente de căutare a siguranței care vizează

prevenirea sau minimizarea rezultatelor anticipate ale fricii. Aceste strategii nu sunt utile pentru

mai multe motive, și anume: ele îi împiedică pe indivizi să-și dea seama de rezultatele temute

au fost puțin probabil sau nu atât de catastrofale pe cât de așteptat dacă apar; ele sporesc focalizarea

de atenție asupra propriei persoane; pot crește simptomele de anxietate și pot atrage atenția asupra acestora

simptome; și pot afecta interacțiunile/performanțelor sociale și pot genera mai puține

răspunsuri prietenoase de la alții (Leigh și Clark, 2018).

Dovezile empirice susțin caracterul adecvat al modelului Clark și Wells (1995).

pentru a explica anxietatea socială la adulți (de exemplu, Canvin și colab., 2016; Clark, 2001; Wells et al., 2016;

al., 2016). În ceea ce privește vârstele mai mici, o revizuire sistematică recentă a indicat

asocieri între anxietatea socială și convingerile sociale, comportamentele de căutare a siguranței și atenție concentrată pe sine în adolescență (Leigh & Clark, 2018) și o analiză a rețelei de Vogel și colaboratorii (2021) au descoperit că variabilele cognitive (în special, cogniții disfuncționale) sunt centrale pentru anxietatea socială la copii și adolescenți.

În ceea ce privește gândurile și credințele sociale negative, nivelurile mai ridicate de anxietate socială au a fost asociată cu o frecvență mai mare a cognițiilor sociale negative (Hodson și colab., 2008, Schreiber et al., 2012). Mai mult decât atât, adolescenții cu clinice și sub-clinice S-a descoperit că SAD raportează mai multe gânduri negative (Ranta și colab., 2013) și implicate mai frecvent în vorbirea de sine negativă decât martorii sănătoși (Alfano et al., 2006).

Rudy și colegii (2014) au raportat, de asemenea, un efect semnificativ al sinelui negativ - cogniții de referință asupra anxietății sociale în studiul lor cu copiii și adolescenții.

În ceea ce privește atenția centrată pe sine, dovezile sugerează că adolescenții cu niveluri mai ridicate de anxietate socială raportează că experimentează o atenție mai concentrată pe sine în comparație cu omologii lor modesti anxioși din punct de vedere social (Blöte et al. 2014; Hodson şi colab., 2008; Schreiber și colab. 2012). Fontinho și Salvador (2012) au constatat că adolescenții cu SAD au obținut un scor semnificativ mai mare la atenția auto-concentrată în comparaţie cu adolescenţii cu alte tulburări de anxietate şi cu adolescenţii fără psihopatologie. Rolul predictiv independent al atenției auto-centrate pe social anxietatea a fost susținută în eșantioane de vârste mai mici, (de la 11 la 14 ani; Hodson et al., 2008), dar nu în eșantioane de adolescenți mai în vârstă (cu vârste cuprinse între 13 și 20; Fontinho, & Salvador, 2012; Schreiber și colab., 2012).

În ceea ce privește comportamentele de căutare a siguranței, rezultatele sugerează că adolescenții cu niveluri mai ridicate de anxietate socială recurg mai mult la comportamente de căutare a siguranței mai frecvent decât adolescenții cu niveluri scăzute de anxietate (Schreiber et al., 2012).

În consecință, comportamentele de căutare a siguranței s-au dovedit a fi mai frecvente în

 adolescenți cu diagnostic clinic și subclinic de SAD decât la adolescenți

fără diagnostic (Ranta et al., 2013). Hodson și colegii (2008) studiază cu

tinerii (participanți cu vârste cuprinse între 11 și 14 ani) au arătat, de asemenea, că,

comparativ cu un grup cu anxietate socială scăzută, grupul cu anxietate socială ridicată a obținut un scor

semnificativ mai mare într-o măsură a comportamentelor de căutare a siguranței. Similar cu constatările

în ceea ce privește atenția auto-concentrată, cercetarea asupra efectului predictiv al căutării siguranței

comportamentele asupra anxietăţii sociale este inconsecventă: comportamente de căutare a siguranţei în mod independent

și a prezis semnificativ anxietatea socială în probe clinice și non-clinice de

adolescenți mai în vârstă (de la 13 la 20 de ani; Fontinho, & Salvador, 2012; Schreiber

et al., 2012), dar același efect nu a fost găsit pentru vârstele mai mici (de la 11 la 14 ani

vechi; Hodson și colab., 2008). În plus, constatările lui Leigh și colegii (2021) din an

Studiul experimental a susținut rolul cauzal al atenției și siguranței auto-concentrate -

căutarea comportamentelor în anxietatea socială a adolescenților. Un studiu longitudinal cu

adolescenții au subliniat în continuare rolul predictiv independent al credințelor sociale,

comportamente de căutare a siguranței și atenție centrată pe sine asupra nivelurilor viitoare ale sociale

anxietate (Chiu et al., 2021) .

Luate împreună, aceste dovezi susțin capacitatea de potrivire a lui Clark și Wells.

(1995) model pentru a explica anxietatea socială la adolescenți, deși se bazează mai ales pe

studii care se concentrează pe asocierile dintre variabilele din acel model și cele sociale

anxietate. Cercetări care abordează rolul predictiv al comportamentelor de căutare a siguranței și al sinelui

atenția concentrată asupra anxietății sociale este contradictorie și lipsită, așa cum este limitată

cercetarea căilor care leagă gândurile și credințele sociale negative, concentrate pe sine

atenție și comportamente de căutare a siguranței la anxietatea socială, atunci când se ia în considerare

adolescenti cu SAD si adolescenti normativi. Cunoscând (dis)asemănarea

aceste căi de-a lungul nivelurilor normative și patologice ale anxietății sociale pot fi mai bune

informează ceea ce distinge și ar trebui luat în considerare în eforturile de intervenție pentru

miros de adolescenta SAD.

Studiul actual și-a propus să reducă acest decalaj de cercetare prin examinarea

rolul moderator al prezenței SAD/ absența diagnosticului clinic în

căi care leagă factorii de întreținere ai modelului Clark și Wells (1995) (adică,

gânduri și convingeri sociale negative, atenție concentrată pe sine și căutarea siguranței

comportamentelor) la anxietatea socială. Ca o analiză preliminară care intenționează să valideze

cantitative între -grupuri, am comparat adolescenții cu SAD și

adolescenti sanatosi in masuri de anxietate sociala si a celor mai sus mentionate

procese de întreținere; în urma constatărilor anterioare (de exemplu, Fontinho și Salvador,

2012; Ranta et al., 2013) ne așteptăm ca primul să prezinte scoruri mai mari. Cât despre principalul nostru

scop, având în vedere cercetările anterioare privind asocierile dintre socialul negativ

gânduri și convingeri, atenție concentrată pe sine și comportamente de căutare a siguranței și sociale

anxietatea în cazuri non-clinice (de exemplu, Chiu et al., 2021) și clinice (de exemplu, Fontinho &

Salvador, 2012; Ranta et al., 2013) eșantioane de adolescenți, ne așteptam ca toate

variabilele de întreținere ar prezice anxietatea socială și că căi similare ar prezice

apar la ambele eșantioane de adolescenți.

Metodă

Această lucrare se referă la rezultate luate din proiectul de cercetare TeenSAD:

Schimbarea cursului anxietății sociale în adolescență (PTDC/PSI -ESP/29445/

2017; Identificator ClinicalTrials.gov: NCT04979676).

Participanții

Participanții au fost 53 de adolescenți cu vârsta cuprinsă între 15 și 18 ani (vârsta M = 16,02, SD = 0,97) dintre care 36 au fost fete (67,9%), iar 17 au fost băieți (32,1%).

În ceea ce privește statutul socioeconomic (SES) estimat pe baza ocupației părinților*, 49,1% dintre participanți proveneau din gospodării cu SSE scăzut (n = 26), 37,7% din gospodăriile cu SSE mediu (n = 20) și 13,2% din gospodăriile cu SSE ridicat (n = 7).

Treizeci de participanți (56,6%) au prezentat un diagnostic de SAD (adică, grupul clinic) și 23 (43,4%) nu au prezentat niciun diagnostic de sănătate mintală (adică, grup non-clinic). Nu s-au constatat diferenţe semnificative între cele clinice (vârsta M=16,20; SD=.81) şi grupe non-clinice (Vârsta M=15,78; SD=.90) privind vârsta ($t(51) = 1,78$, $p = .08$); participanții din acele grupuri au fost distribuiți omogen în funcție de gen ($\chi2(1) = .05$; $p =.82$) și SES ($\chi2(2) = 2.591$, $p =.274$).

Proceduri

Această lucrare a fost realizată în cadrul proiectului de cercetare TeenSAD : Changing Cursul de Anxietate Socială în Adolescență (PTDC/PSI -ESP/29445/2017 ; Identificator ClinicalTrials.gov: NCT04979676) care își propune să investigheze eficacitatea a trei condiții diverse de intervenție asupra SAD adolescentului, împotriva a starea controlului listei de așteptare. Ca scop secundar, acest proiect a avut ca scop investigarea cursurile anxietății sociale în adolescență prin compararea participanților pe lista de așteptare condiție de control cu peer normativ s. Lucrarea actuală este preluată de aici scop secundar. Ca atare, dimensiunea eșantionului a priori determinată folosind G*Power (două condiții în patru momente de evaluare) a fost stabilită la minim 50 de participanți (adică, 25 per grup), cu analiza puterii plasată la 0,95, o dimensiune a efectului așteptată de 0,25 și o corelație așteptată între măsurile repetate plasate la 0,30. În prezent lucrare am considerat doar primul moment de evaluare pentru normativ și cel

grupuri clinice. Pentru a asigura comparabilitatea între cele două grupuri privind

dimensiunea eșantionului, un subeșantion aleatoriu de 30 de participanți a fost selectat din inițial

grup clinic.

Eșantionul a fost colectat de la liceele portugheze după studiul

procedurile au fost aprobate de comitetul de etică al instituției gazdă și consimțământul

* Status socioeconomic (scăzut, de exemplu, muncitori în producție; mediu, de exemplu, lucrători de vânzări, ridicat,

de exemplu, profesioniștii din domeniul sănătății) a fost evaluat pe baza clasificării lui Simões (199 4).

 din consiliile executive ale școlilor a fost acordat. Mai mult scris și informat

a fost solicitat consimțământul tutorelui sau reprezentantului legal al elevilor sub

vârsta de 18 ani. Toți potențialii participanți au fost informați despre obiective și

procedurile cercetării și confidențialitatea și anonimatul răspunsurilor acestora

era garantat. Studenții au fost rugați să participe voluntar la studiu și a acestora

a fost solicitat acordul informat.

Școlile au fost rugate să trimită toți elevii de clasele a 10-a și a XI-a cu portughezii

versiunea Scalei de anxietate socială pentru adolescenți (SAS -A; Cunha et al., 2004).

Adolescenții care au mai mult de o abatere standard peste sau sub media găsită

pentru un eșantion mare portughez normativ pe SAS -A (Cunha et al., 2004) au fost

invitat la un interviu individual, recurgând la versiunea portugheză a MINI -

KID (Mini -Interviu Internațional Neuropsihiatric pentru Copii și Adolescenți;

Sheehan, et al., 2010; Versiunea autorizată portugheză de Rijo et al., 2016). Specific

criterii de includere și excludere pentru integrarea în grupele clinice și non-clinice

au fost evaluate în timpul acelui interviu. Criteriile de includere erau vârsta cuprinsă între 15 și

18 ani și cu diagnostic primar de tulburare de anxietate socială generalizată

(pentru includerea în grupul clinic) sau fără diagnostic clinic de sănătate mintală (pentru includerea în grupul non-clinic). Criteriile de excludere aveau indicații de educație a nevoilor specifice sau simptome psihotice și/sau frecventarea în prezent servicii de consiliere psihologică. Au fost solicitați adolescenții incluși în studiu să completeze un set de chestionare de auto-raportare care evaluează variabilele studiate (cf. măsuri). Protocolul de cercetare a fost trimis adolescenților pentru a primi răspuns online, folosind platforma LimeSurvey.

Un grup inițial de 1.495 de adolescenți a fost testat. Dintre aceștia, 1108 au fost eligibil pentru evaluarea diagnostică individuală, dintre care 388 au fost trimiși la grupul clinic și 720 au fost trimiși la grupul non-clinic. Unul dintre cei nouă maeștri în psihologie cu pregătire specifică privind aplicarea Mini-KID (Sheehan, et al., 2010; Portugheză Versiune autorizată de Rijo et al., 2016) realizat interviuri cu 209 și 58 dintre adolescenții eligibili pentru clinica și non-grup clinic, respectiv. În ceea ce privește grupul clinic, 140 de adolescenți i-au întâlnit pe toți criteriile de includere și 92 au fost disponibile pentru a-și continua participarea la cercetare proiect; dintre aceștia, un subeșantion de 30 de participanți a fost selectat aleatoriu pentru a fi luate în considerare în lucrarea de faţă. În ceea ce privește grupul non-clinic, 29 adolescenții au îndeplinit toate criteriile de includere, dintre care 23 au acceptat să-și continue participarea la proiectul de cercetare și au fost incluse în lucrarea curentă.

Măsuri

Instrumente pentru recrutarea mostrelor

Scala de anxietate socială pentru adolescenți (SAS -A; La Greca și Lopez, 1998; Versiunea portugheză de Cunha et al., 2004). SAS -A este un chestionar de auto-raportare compus din 22 de itemi (de exemplu, „Îmi fac griji că alții nu mă plac”) care evaluează experiențele de anxietate socială ale adolescenților în situații sociale. La fiecare item i se răspunde

Ce explică anxietatea socială la adolescenții cu tulburare de anxietate socială...? 21 pe o scară Likert de 5 puncte în funcție de cât de mult elementul „este adevărat pentru tine” (cuprinzând

de la 1 = „deloc” la 5 = „tot timpul”). Scorurile mai mari pe SAS -A reflectă mai mari

niveluri de anxietate socială. Pe lângă scorul total, scala cuprinde alte trei

subscale. În lucrarea curentă a fost luat în considerare doar punctajul total pentru selecție

participanții care au obținut o abatere standard peste sau sub medie, care au fost

apoi a solicitat un interviu clinic individual.

Mini-Interviu Internațional Neuropsihiatric pentru Copii și

Adolescenți (Mini -KID; Sheehan și colab., 2010; versiunea portugheză de Rijo și colab.,

2016). Mini-KID este un interviu de diagnostic structurat pentru evaluarea

Diagnosticele DSM -V care sunt cele mai frecvente la copii și adolescenți. Acest interviu

este o extensie descendentă a versiunii pentru adulți a interviului, care a fost validată

față de alte interviuri de diagnostic (de exemplu, Interviu clinic structurat pentru DSM -III-

R și Organizația Mondială a Sănătății au conceput diagnosticul intern compozit

Interviu; Sheehan și colab., 2010). Mini-KID prezintă întrebări de screening

răspuns într-un format da/nu pentru evaluarea criteriilor de diagnostic specifice pentru fiecare

diagnostic clinic. În versiunea sa originală, fiabilitatea între evaluatori a fost excelentă

diagnostice cu excepția distimiei (Sheehan și colab., 2010). Versiunea portugheză a

Mini -KID a rezultat dintr-un proces atent de traducere și retrotraducere și are

a fost folosit anterior ca metodă de evaluare a diagnosticelor clinice (Rijo et

al., 2016). Clinicienii care au aplicat Mini-KID pentru a evalua adolescenții în vederea integrării

în grupele clinice și non-clinice au primit pregătire specifică, inclusiv joc de rol

exerciții și a trecut printr-o fază inițială de observare a evaluatorilor cu experiență

aplicarea interviului înainte de a efectua singuri interviurile.

Măsuri de colectare a datelor

Toți participanții au completat un chestionar socio-demografic de evaluare

vârsta, sexul, anul școlar și profesia părinților. Aceste informații au fost folosite exclusiv

pentru caracterizarea probei.

Scala de anxietate socială și evitare pentru adolescenți (SAASA; original

versiunea de Cunha et al., 2008). SAASA este un chestionar de auto-raportare cuprins

de 30 de articole în versiunea sa adaptată, care a fost special adaptată pentru adolescenții mai în vârstă

(Vagos et al, 2013); acea versiune a fost cea folosită în lucrarea curentă. SAASA

urmărește să evalueze gradul de anxietate și frecvența evitării în situații sociale

reprezentativ pentru cele mai frecvente temeri sociale la adolescenţi. Are două

subscale, și anume, Anxietate și Evitare. În lucrarea curentă, doar anxietatea

a fost utilizată subscala. Elementele sale (de exemplu, „Merg la o petrecere oferită de un coleg") sunt

a răspuns pe o scară Likert de cinci puncte (de la 1 = „niciunul" la 5 = „foarte mult").

Fiecare subscală este compusă din șase factori: interacțiune cu sexul opus, asertiv

interacțiune, observație de către alții, interacțiune în situații sociale noi, performanță

în situații sociale și să mănânce și să bei în public. SAASA a prezentat

valori bune de consistență internă, cu valori alfa lui Cronbach peste .87 pentru total

scor și subscale pentru versiunea originală (Cunha și colab., 2008) și peste .70 pentru ea

Versiune cu 30 de articole (Vagos et al., 2013). SAASA a demonstrat, de asemenea, un test bun - retest

 fiabilitate, validităţi convergente şi divergente, capacitatea de a discrimina adolescenţii

cu SAD de la adolescenți cu alte tulburări de anxietate și de la adolescenți

fără psihopatologie (Cunha et al., 2008) și sensibilitate la rezultatele tratamentului

(Salvador, 2009). În studiul de față, doar scorul total pentru subscala de anxietate

a fost folosit și a atins o consistență internă excelentă cu alfa lui Cronbach

valoare de .97.

Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS; Turner et al., 2003;

Versiunea portugheză pentru adolescenți de Vagos și colab., 2010). STABS este un auto-

instrument de raportare care constă din 21 de itemi evaluați utilizând o scală Likert de 5 puncte (cu variație

de la 1 = „deloc caracteristic pentru mine” la 5 = „intotdeauna caracteristic pentru mine”). Ea

evaluează gradul în care un anumit gând sau credință este tipic pentru

gândirea respondenților atunci când anticipează sau participă la situații sociale. În ea

versiunea originală pentru adulți, o soluție cu doi factori s-a potrivit datelor, referindu-se la Social

Comparație și cu Ineptitatea socială, care a prezentat excelent intern

coerențe cu valorile alfa lui Cronbach de .95 și, respectiv, .93. Totalul

scorul a atins și o consistență internă excelentă, cu alfa lui Cronbach de .96

(Turner și colab., 2003). STABS a prezentat, de asemenea, o stabilitate temporală extrem de fiabilă

și un grad ridicat de acuratețe pentru a discrimina între indivizii cu SAD, cu

alte tulburări de anxietate și cele fără psihopatologie (Tur ner et al., 2003). The

Versiunea portugheză pentru adolescenți a realizat, de asemenea, o structură cu doi factori care

s-a referit totuși la diferite constructe. Erau Disconfort în Social

Interacțiune (de exemplu, „Când mă aflu într-o situație socială, par stângaci pentru alți oameni”)

și disconfort în performanța publică (de ex., „Este foarte probabil ca mintea mea să devină goală

când vorbesc într-o situație socială”), cu valorile alfa lui Cronbach de .93 și

.91, respectiv, și o valoare de .82 pentru scorul total (Vagos et al., 2010). În

prezentul studiu, a fost utilizat doar scorul total al STABS. A prezentat un excelent

consistență internă cu o valoare alfa lui Cronbach de .97.

Self-focaled Attention Scale (SFA; Bögels et al., 1996; versiunea portugheză)

pentru adolescenți de Fontinho & Salvador, 2012) . SFA este un auto-raport

chestionar care cuprinde 11 itemi la care se răspunde pe o scară Likert de 5 puncte (de la 0 =

„nimic” la 4 = „total”) pentru a evalua focalizarea atenției în situații sociale. Articole

sunt distribuite în doi factori: focalizarea atenției în comportamentul cuiva (SFA -

comportament; de exemplu, „În prezența altor persoane, mă concentrez în mod constant asupra faptului că

Sunt suficient de priceput din punct de vedere social") și concentrez atenția în fiziologic

excitare (SFA -excitare; de exemplu, „În prezența altor oameni mă concentrez în mod constant

dacă roșesc, tremur sau transpiră"). În versiunea sa originală (Böge ls et al., 1996),

SFA a obținut consistente interne acceptabile până la bune cu alfa lui Cronbach

valori de .88 pentru scorul total, .86 pentru SFA -arousal și .78 pentru SFA -comportament. The

Versiunea portugheză pentru adolescenți a evidențiat o bună fiabilitate a testului -retest și

validitate convergentă în raport cu măsurile de anxietate socială și autocentrate

Atenţie. A arătat consistente interne bune până la excelente, cu alfa lui Cronbach

valori de .91 pentru scorul total, .86 pentru SFA -excitare și .88 pentru SFA -comportament

(Font inho & Salvador, 2012). În studiul de față, doar măsura totală a SFA

Sectiunea Articole

Ce explică anxietatea socială la adolescenții cu tulburare de anxietate socială...? 23 a fost folosit și a prezentat o valoare alfa lui Cronbach de .95 care denotă excelent

consistență internă.

Scala Comportamente de siguranță în situații sociale pentru adolescenți (SBSSS -A;

Silva & Salvador, 2010). SBSSS -A este un chestionar de auto-raportare compus din

20 de articole (de exemplu, „Te uiți la pământ în timp ce mergi") evaluate pe un Likert de 4 puncte

scară (de la 1 = „Niciodată" la 4 = „Aproape întotdeauna"). Evaluează frecvența de

practicarea comportamentelor sigure de căutare a ty-ului în situații sociale. Versiunea pentru adulți a putut

să discrimineze persoanele cu SAD generalizat de persoanele cu non-

SAD generalizat, cu alte tulburări anxioase și fără psihopatologie (Pinto -

Gouveia și colab., 2000). Când a fost aplicată la adolescenți, scara a relevat un aspect unifactorial

structură, consistență internă bună și stabilitate temporală, și un moderat

valabilitate convergentă (Silva & Salvador, 2010). În plus, SBSSS -A a fost s-a dovedit a fi sensibilitate la rezultatele tratamentului (Salvador, 2009). În studiul actual, SBSSS -A a obținut o consistență internă excelentă cu alfa lui Cronbach valoare de .94.

Analiza datelor

Analizele statistice au fost efectuate folosind IBM SPSS Statistic 22 (Statistical Pachetul pentru științe sociale versiunea 22; IBM Corp.). În ceea ce privește preliminarul nostru analize care intenționează să investigheze diferențele la nivel mediu de grup în variabilele relevante după modelul Clark și Wells (1995) (adică gânduri și convingeri sociale negative, auto- atenție concentrată, comportamente de căutare a siguranței) și anxietate socială, Mann Whitney U au fost efectuate teste. Pentru a converti scorul z într-o estimare a mărimii efectului, r, the a fost folosită următoarea ecuație: $r=z\sqrt{N}/$ (Rosenthal, 1991). Teste neparametrice au fost utilizate având în vedere că testul multivariat de normalitate al lui Mardias efectuat pe calculat măsurile tuturor variabilelor de studiu au relevat nerespectarea normalității multivariate (Asimetria lui Mardias z = 32,44, p < .05; Kurtosis lui Mardias z = 0,57; p = .57). La atinge scopul principal al studiului de față (adică, înțelege mai bine (dis)asemănarea căi care leagă variabilele de întreținere Clark și Wells de anxietatea socială grupuri de adolescenți care prezintă niveluri normative versus patologice ale sociale anxietate) am optat pentru analiza moderaţiei. Analiza moderației se concentrează pe înţelegerea condiţiilor în care se află relaţia dintre două variabile mai puternic sau mai slab (adică „când” sau „pentru cine”; Hayes, 2018). Deci, moderație analizele se aliniază cu scopul nostru de a ști pentru cine (adică, grupul de diagnostic luând în considerare SAD versus Healthy Controls) ar fi relația dintre Clark și Se aplică variabilele de întreținere a puțurilor și anxietatea socială. Astfel, trei se despart Modelele simple de moderare („modelul 1”) au fost estimate utilizând versiunea SPSS a

PROCES Macro (Hayes, 2018). Fiecare model de moderare avea unul din Clark și

Wells a propus factori de întreținere (adică (1) gânduri și convingeri sociale negative,

(2) atenție concentrată pe sine și (3) comportamente de căutare a siguranței) ca independent

Sectiunea Articole

24 Ce explică anxietatea socială la adolescenții cu tulburare de anxietate socială...? variabilă; toate modelele au avut anxietatea socială ca variabilă dependentă și grupul (clinic

versus non-clinic) ca moderator. Am folosit următoarea formulă pentru a converti r^2

valori în dimensiunea efectului Cohen f^2: $f2=r21-r2 \diagup$.

Rezultate

Comparații la nivel mediu între grupurile clinice și non-clinice

Medii, abateri standard, mediane și ranguri medii pentru toate măsurile prin

grup sunt prezentate în Tabelul 1. Diferențele semnificative între cel clinic și cel

au fost găsite grupuri non-clinice pentru toate măsurile. Mai exact, grupul clinic

a avut un scor semnificativ mai mare în toate variabilele de studiu în comparație cu cele non-clinice

grup (cf. Tabelul 1).

Tabelul 1. Medii, abatere standard, mediane și ranguri medii pentru toate scalele

Grup clinic (n = 30) Grup non-clinic (n = 23) U zr M (SD) Mdn M rang M (SD) Mdn M rang

Anxietate socială

Interacțiunea cu

sex opus 13,33 (4,54) 13,50 36,83 6,17(2,19) 5,00 14,17 50,00*** -5,36 -0,74

Interacțiune asertivă 19,80 (5,13) 19,50 37,20 9,78(3,50) 9,00 13,70 39,00*** -5,50 -0,76

Observarea de către

altele 6 21,77 (7,08) 22,50 36,70 9,91 (3,45) 9,00 14,35 54,00*** -5,24 -0,72

Interacțiune în nou

situații sociale 14,67 (3,73) 15,00 37,25 7,04 (2,27) 7,00 13,63 37,50*** -5,53 -0,76

Performanță în

situații sociale 14,73 (4,11) 14,50 36,92 6,87 (3,27) 6,00 14,07 47,50*** -5,35 -0,73

Mănâncă și bea

în public 4,17 (1,53) 4,00 35,12 2,30 (0,56) 2,00 16,41 101,50*** -4,59 -0,63

Scor total 88,47 (20,34) 91,50 37,90 42,09 (11,42) 40,00 12,78 18,00*** -5,87 -0,81

Gânduri sociale negative

și credințe

Disconfort în public

Performanță 26,27 (5,82) 26,50 37,35 14,87 (3,44) 16,00 13,50 34,50*** -5,59 -0,77

Disconfort în social

Interacțiune 43,63 (8,27) 43,00 37,88 20,00 (6,69) 18,00 12,80 18,50*** -5,87 -0,81

Scor total 69,90 (13,60) 70,00 37,82 34,87 (8,32) 34,00 12,89 20,50*** -5,83 -0,80

Atenție centrată pe sine

SFA-Arousal 12,97 (6,40) 14,00 34,98 4,39 (5,72) 3,00 16,59 105,50*** -4,31 -0,59

SFA-Comportament 12,87 (4,38) 14,00 36,45 5,00 (3,50) 5,00 14,67 61,50*** -5,10 -0,70

Scor total SFA 25,83 (9,55) 27,50 35,93 9,39 (8,57) 8,00 15,35 77,00*** -4,81 -0,66

Comportamente de căutare a siguranței 52,63 (10,81) 54,00 37,58 32,39 (5,27) 32,00 13,20 27,50*** -5,71 -0,78

Nota. M= Media, SD=Abaterea standard, Mdn=Media, rang M= Rang mediu . Anxietatea socială a fost măsurată

folosind Scala de anxietate și evitare socială pentru adolescenți. Gândurile și credințele sociale negative au fost

măsuri utilizând Scala Gânduri și Credințe Sociale. Atenția focalizată pe sine a fost măsurată folosind Self -

Scala de atenție focalizată. Comportamentele de căutare a siguranței au fost măsuri care utilizează Comportamentele de siguranță în social

Scala de situații pentru adolescenți.

*** p < .001

 Atenție concentrată pe sine, gânduri și convingeri sociale negative și căutarea siguranței

comportamentele ca predictori ai anxietății sociale în grupurile clinice și non-clinice

Toate cele trei modele luate în considerare au fost semnificative statistic: $F(3,49) =$

78.20, $p < .001$, $R^2=.83$, Cohen $f^2 = 4.78$ când se consideră atenția focalizată pe sine ca

variabila independentă; $F(3.49) = 63.58$, $p < .001$, $R^2=.80$, , Cohen $f^2 = 3.90$ când

luând Comportamentele de căutare a siguranței ca variabilă independentă și $F(3.49) = 82.00$, $p <$

$.001$, $R^2=.83$, Cohen $f^2 = 5.02$ când a fost pusă gândurile și credințele sociale negative

ca variabilă independentă. De asemenea, variabilele independente au avut întotdeauna o valoare statistică

efect semnificativ: niveluri mai ridicate de atenție concentrată pe sine, comportamente de căutare a siguranței

și gândurile și credințele sociale negative au prezis în mod semnificativ niveluri mai ridicate de

Anxietate socială. Alternativ, efectul grupului ca moderator nu a fost

semnificativ statistic în oricare dintre modele (Cf. Tabelul 2), indicând că calea

legarea fiecăreia dintre variabilele de întreținere supuse analizei de anxietatea socială este similară

pentru indivizi din grupul clinic și non-clinic.

Tabelul 2. Modele liniare de predictori ai anxietății sociale și condiționale

efectele predictorului focal

	β	SE	t	95% CI	
				Inferioară	Superioară
Modelul 1					
Constant	104,96	6,82	15,39***	91,26	118,66
Atenție concentrată pe sine	2,25	0,57	3,97***	1,11	3,39
Grupa	-27,53	4,76	-5,79***	-37,09	-17,97
Atenție centrată pe sine x Grup	-0,71	0,39	-1,82	-1,49	0,07

Modelul 2

Constant 104,66 9,29 11,27*** 85,99 123,33

Comportamente de căutare a siguranței 2,02 0,71 2,84** 0,59 3,44

Grupa -27,75 7,50 -3,70** -42,82 -12,69

Comportamente de căutare a siguranței x Grup -0,70 0,59 -1,19 -1,88 0,48

Modelul 3

Constant 82,06 9,39 8,74*** 63,19 100,94

Gânduri și convingeri sociale negative 1,13 0,45 2,50* 0,22 2,03

Grupa -9,89 7,41 -1,34 -24,78 5,00

Gânduri și convingeri sociale negative x grup -0,05 0,35 -0,15 -0,76 0,65

Notă. Anxietatea socială a fost evaluată cu SAASA-Anxiety Total Score; Atenția concentrată pe sine a fost

evaluat cu Scorul Total SFA; Comportamentele de căutare a siguranței au fost evaluate cu SBSSS-A; Negativ

Gândurile și credințele sociale au fost evaluate cu Scorul total STABS. * p<.05; **p <.01; ***p<.001.

Reprezentările grafice ale relației dintre predictori (adică,

Atenție concentrată pe sine, comportamente de căutare a siguranței și gânduri sociale negative și

 credințe) și anxietatea socială între grupuri (adică, clinice versus non-clinice) sunt

prezentate în figura 1.

Figura 1. Reprezentarea grafică a modelelor de moderare

Nota. Anxietatea socială a fost evaluată cu SAASA-Anxiety Total Score; Atenția concentrată pe sine a fost

evaluat cu Scorul Total SFA; Comportamentele de căutare a siguranței au fost evaluate cu SBSSS-A; Negativ

Gândurile și credințele sociale au fost evaluate cu Scorul total STABS.

Discuţie

Anxietatea socială, referitoare la disconfortul resimțit într-o varietate de evenimente sociale,

se poate prezenta diferit în funcție de caracterul omniprezent și/sau intensitatea simptomelor.

Cu toate acestea, cercetarea tinde să se concentreze pe forma sa mai cu impact (adică SAD), neglijând importanța înțelegerii dificultăților de sănătate mintală de-a lungul spectrul în care anxietatea socială se prezintă la indivizi (Skocic et al., 2015). Ca astfel, înțelegerea proceselor care sunt asociate cu prezentarea socială anxietatea în probele normative și clinice ale adolescenței par a fi cercetări critice preocupări, care pot ajunge să fie aplicate pentru a adapta eforturile de intervenție. Astfel de

 înțelegerea nu a fost întreprinsă în întregime înainte. Astfel, lucrarea curentă

a urmărit să studieze aplicabilitatea modelului social al lui Clark și Wells (1995).

anxietate fata de adolescenti, prin investigarea (in)varianta cailor propuse de acel model pentru a susține anxietatea socială, atunci când se compară adolescenții cu SAD și adolescenti sanatosi mintal.

Ca analiză preliminară, am constatat că adolescenții cu SAD au obținut scoruri semnificativ mai mare în anxietatea socială resimțită într-o diversitate de evenimente sociale, în crezându-se inconfortabil în evenimente sociale și în spectacole publice, în atenție autocentrată îndreptată asupra comportamentului și asupra propriei persoane fiziologice excitare și în practicarea comportamentelor de căutare a siguranței. Aceste constatări se aliniază cu literatura anterioară cu adolescenți (de exemplu, Fontinho & Salvador, 2012; Ranta et al., 2013) și cu adulți (de exemplu, pentru o revizuire a se vedea Clark, 2001). Ca atare, ei nu numai validarea stării mai afectate a grupului nostru clinic, dar și consolidarea relevanța modelului Clark și Wells (1995) pentru anxietatea socială în definirea variabile care permit o distincție clară a SAD de controale sănătoase pe baza omniprezenta sau intensitatea simptomatologiei, de asemenea, la adolescenți (pentru o revizuire vezi Leigh & Clark, 2018). O astfel de distincție în experiența adolescenților cu și

fără SAD este clar cantitativ și susținut de dovezi solide.

Mai mult, aceste variabile propuse de Clark și Wells (1995) pentru a explica și susținerea experienței anxietății sociale au fost predictori semnificativi și relevanți de anxietate socială atunci când se consideră eșantionul complet, explicând între 80% și 83% din varianța sa. Constatări privind gândurile și credințele sociale negative s se aliniază cu rolul pivot care a fost atribuit variabilelor cognitive – cum ar fi prejudecăți de interpretare, cogniții disfuncționale și așteptări negative – în mai multe modele cognitive ale anxietății sociale (de exemplu, Beck și colab., 1985; Clark & Wells, 1995). Un astfel de rol a fost susținut de cercetări cu adolescenți (de exemplu, Chiu și colab., 2021 Miers et al., 2013), inclusiv cu probe clinice (de exemplu, Vogel et al., 2021). Noastre descoperirile indică, de asemenea, că a fi auto-concentrat pe propriul comportament și excitarea fiziologică poate susține sentimentul de anxietate socială. Aceste constatări sunt de acord cu dovezi anterioare care, asemănător lucrării curente, au relevat o semnificativă efectul atenției auto-centrate în explicarea anxietății sociale, deși la tineri probe comunitare (Hodson et al., 2008). Alternativ, atenția centrată pe sine a fost Fontinho și Salvador au descoperit că nu are un impact semnificativ asupra anxietății sociale (2012) şi de către Schreider şi colab. (2012). Primul considerat un eșantion exclusiv clinic și auto-atenția concentrată numai asupra excitării fizice a acestora; acesta din urmă considerat doar un non-mostra clinica si atentia concentrata spre interior. Pentru că am considerat un combinat măsură a atenției auto-centrate și un eșantion combinat de clinice și non-participanții clinici, efectul acestei variabile, așa cum a propus Clark și Wells (1995) poate să fi devenit evident. Concomitent, lucrând pentru a schimba focalizarea atenției singur pare benefic pentru diminuarea nivelului de anxietate socială (Warnock-Parkes et al., 2017). În cele din urmă, în ceea ce privește comportamentele de căutare a siguranței, constatările noastre sunt în concordanță

cu studii anterioare cu studii clinice (de exemplu, Fontinho și Salvador, 2012) și non-

eșantioane clinice (de exemplu, Schreiber și colab., 2012; Leigh și colab., 2021) de adolescenți,

 sugerând că adolescenții care folosesc comportamente de căutare a siguranței mai frecvent tind

pentru a experimenta niveluri mai ridicate de anxietate socială. Rezultatele actuale nu se aliniază, totuși,

la cele ale lui Hodson și colegii" (2008). Am folosit un eșantion mai vechi și am luat în considerare

efectul independent al comportamentelor de căutare a siguranței de evitare, spre deosebire de Hodson

et al. (2008), care au luat în considerare atât managementul impresiilor (de exemplu, repetarea a ceea ce trebuie

să spunem) și comportamente de evitare (de exemplu, evitarea contactului vizual). Deși ambele tipuri de

comportamentele de căutare a siguranței pot avea un impact asupra anxietății sociale, se pare că impresionează

comportamente de management, care sunt mai frecvente la adolescenții mai în vârstă (Evens et al.,

2021), se mențin pentru un intrapersonal mai evident (Twaites & Freeston, 2005) și

impact negativ interpersonal (Evans et al., 2021). Un astfel de impact specific poate fi

reflectată în constatările noastre.

Luate împreună, constatările din lucrările curente validează premisele

care stă la baza modelului Clark și Wells (1995) de anxietate socială față de adolescent

populatiilor. Mai exact, căile predictive care leagă gândurile sociale negative

și au fost păstrate convingerile, atenția concentrată pe sine și comportamentele de căutare a siguranței

indiferent de adolescenții care se prezintă cu sau fără SAD. Deci, chiar dacă

constructe cognitive și comportamentale relevante propuse de Clark și Wells (1995)

par a fi accentuat la adolescenții SAD, rolul lor explicativ pentru anxietatea socială

nu pare distinctiv al SAD în adolescență. Cu alte cuvinte, diferențe pe

experiența anxietății sociale între adolescenții clinici și non-clinici par să

fi mai degrabă cantitativ decât calitativ. Aceste experiențe cantitative și calitative

poate interacționa pentru a susține anxietatea socială în timp. Experiențele sociale negative (de exemplu,

intimidare; Coelho și colab., 2022) ar putea spori temerile sociale subiective și conexe

constructe, care sunt apoi întărite și susținute ciclic așa cum este propus de

Modelul lui Clark și Wells (1995). Ca atare, atunci când inițial niveluri ridicate de anxietate socială

sunt prezente, acestea pot rămâne stabile, în timp ce inițial niveluri moderate sau scăzute de

anxietatea socială tinde să scadă de-a lungul adolescenței (Miers et al., 2013). The

interacţiunea dintre procesele contextuale şi psihologice a fost propusă ca

deosebit de utilă pentru a explica menținerea anxietății sociale în adolescență (Miers

& Masia -Warner, 2023); pe baza constatărilor noastre, am sugera că contextual

variabilele pot potența diferențele cantitative în anxietatea socială și -

constructe, care apoi sunt susținute de procese psihologice care sunt larg răspândite

dar mai pervaziv deoarece mai frecvent activat de temeri sociale intense a priori.

Prin urmare, abordându-se Clark și Wells (1995) au propus căi pentru a explica

menținerea anxietății sociale poate fi utilă ca abordare preventivă și de remediere a

anxietatea socială în adolescență, mai ales dacă se consideră că aceste procese pot fi

mai maleabile decât experiențele contextuale negative experimentate anterior.

În ceea ce privește, Terapia cognitivă ca abordare de remediere a SAD adolescenților, are

sa dovedit recent a fi eficace (Ganho -Ávila et al., 2022; Leigh et al., 2021b;

Leigh & Clark, 2022; Leigh & Clark, 2016). Cu toate acestea, dacă aceleași procese

poate fi util să se ia în considerare

strategii cognitive ca și preventive pentru a fi aplicate atunci când anxietatea socială este la ea

 nivel de interferență mai devreme și mai puțin generalizat. Intervenție specifică cu o singură ședință

strategiile au fost studiate ca fiind eficiente în probele de adulți SAD și anume când

schimbarea comportamentelor de căutare a siguranței sau flexibilizarea focalizării atenției

(McManus și colab., 2009; Warnock -Parkes și colab., 2017). Ar putea fi util să

investighează impactul pe care îl pot avea acele strategii în comunitate și/sau

adolescenți moderat anxioși din punct de vedere social, în special cei care pot prezenta

factori de vulnerabilitate intrapersonală (de exemplu, inhibarea comportamentului aerian; Spence & Rapee,

2016).

Lucrările actuale sunt valabile pentru unele limitări care ar trebui luate în considerare

considerare. Ne-am bazat pe un design în secțiune transversală, deci concluzii despre casual

rolul variabilelor noastre predictive asupra anxietății sociale nu poate fi trasat. Generalul nostru

dimensiunea eșantionului poate fi, de asemenea, o limitare. Preocupările se aplică generalizării

constatări, chiar dacă calculul G*Power post-hoc luând în considerare dimensiunea eșantionului nostru (n = 53),

mărimea efectului (vezi secțiunea cu rezultate), doi predictori pentru fiecare variabilitate dependentă și

Probabilitatea de eroare α stabilită la 0,05, plasați puterea analizelor noastre la 1,00. În plus,

dimensiunea eșantionului nostru ne-a împiedicat să explorăm complexitatea lui Clark și Wells.

(1995) model pentru anxietatea socială (adică, legăturile multiple între predicția noastră

variabile şi anxietate socială). De asemenea, nu am putut să examinăm dacă este negativ

gândurile și credințele sociale, atenția centrată pe sine și comportamentele de căutare a siguranței sunt

specific anxietăţii sociale comparativ cu alte tulburări de sănătate mintală. Investiți igat

diferențele în căile care leagă variabilele propuse de Clark și Wells (1995).

anxietate socială între adolescenții cu SAD și adolescenții care prezintă altele

condițiile clinice s-ar putea adăuga cercetărilor existente (de exemplu, Hodson și colab., 2008; Schreiber

et al., 2012) și ajută la clarificarea specificului lor față de anxietatea socială la adolescenți, în continuare

validarea aplicabilitatii modelului. În plus, nu toți Clark și Wells (1995)

factorii de întreținere propuși au fost luați în considerare în acest studiu, și anume pre- și post-

procesarea evenimentelor sau multitudinea de comportamente specifice de căutare a siguranţei care

poate fi caracteristică anxietății sociale în diferite grupuri de vârstă (Evans et al., 2021;

Leigh & Clark, 2018). Cercetările viitoare ar trebui să urmărească replicarea descoperirilor actuale cu

eșantioane mai mari de adolescenți și mai diverse atât în ceea ce privește starea clinică, cât și

diferite grupe de vârstă în cadrul acestei faze de dezvoltare, precum și luați în considerare

simultan diverse variabile propuse pentru a susține anxietatea socială, permițând astfel

pentru mai robuste concluziile oretice și tratamente mai bine adaptate.

Cu toate acestea, lucrarea de față susține aplicabilitatea lui Clark și Wells

(1995) model pentru a explica anxietatea socială la adolescenți de-a lungul continuumului său, mai departe

încurajarea utilizării terapiei cognitive pentru anxietatea socială a adolescenților, atât la

niveluri preventive și de remediere.

Anxietatea socială trece frecvent neobservată până când impactul ei este inevitabil,

ceea ce se poate întâmpla atunci când procesele normative care stau la baza anxietăţii sociale devin şi ele

omniprezentă în viața cuiva. Ca atare și în concordanță cu scopul de a promova mental

rezultate de sănătate pentru toți într-o perspectivă preventivă și precoce, care încă nu este complet

Sectiunea Articole

30 Ce explică anxietatea socială la adolescenții cu tulburare de anxietate socială...? realizate (O 'Connor et al., 2017), constatările noastre pot fi informative și de sprijin

de intervenții informate de o înțelegere cuprinzătoare a anxietății sociale

continuul său, promovând astfel traiectorii de dezvoltare sănătoase și adaptative

pe tot parcursul adolescenței.

Nota autorilor

Declarație: Această lucrare a fost realizată în cadrul proiectului de cercetare

TeenSAD: Schimbarea cursului anxietății sociale în adolescență înregistrată ca a

studiu controlat la ClinicalTrials.gov (ID: NCT04979676).

Această cercetare a fost susținută de FEDER – Fondul Social European – prin COMPETE 2020 —Programul Operațional pentru Competitivitate și Internaționalizare (POCI) și prin fonduri portugheze prin portugheză Fundația pentru Știință și Tehnologie (FCT; POCI -01-0145 -FEDER -029445).

Porțiuni din aceste constatări au fost prezentate sub formă de poster la EABCT 2022 Annual Congres la Barcelona, Spania.

Conflict de interese: niciunul.

Referințe

Alfano, CA, Beidel, DC și Turner, SM (2006). Corelate cognitive ale sociale Fobia la copii și adolescenți. Jurnalul Copilului Anormal Psihologie , 34(2), 182 –194. https://doi.org/10.1007/s10802 -005-9012 -9

Alves, F., Figueiredo, DV și Vagos, P. (2022). Prevalența adolescenților Temeri sociale și tulburări de anxietate socială în contexte școlare. Internaţional Journal of Environmental Research and Public Health, 19(19), art. 19. https://doi.org/10.3390/ijerph191912458

Asociația Americană de Psihiatrie. (2013). Manual de diagnostic și statistic al tulburări psihice (ed. a 5-a) .

Beck, AT, Emery, G. și Greenberg, RL (1985). Tulburări de anxietate și fobii: O perspectivă cognitivă. Cărți de bază. http://www.gbv.de/dms/bowker/ toc/ 9780465003846.pdf

Blöte, AW, Miers, AC, Heyne, DA, Cl ark, DM și Westenberg, PM (2014). Relația dintre anxietatea socială și percepția publicului: examinarea Clark și Wells (1995) Model Among Adolescents. Comportamentală și Psihoterapie cognitivă, 42(5), 555 –567. https://doi.org/10.1017/ S135246 5813000271

Bögels, SM, Alberts, M. și de Jong, PJ (1996). Conștiința de sine, concentrarea pe sine

atenție, tendința de înroșire și frica de a înroși. Personalitate și Individ

Diferențele , 21(4), 573 –581. https://doi.org/10.1016/0191 -8869(96)00100 -6

Sectiunea Articole

Ce explică anxietatea socială la adolescenții cu tulburare de anxietate socială...? 31 Canvin, LK, Janecka, M. și Clark, DM (2016). Concentrarea Atenției asupra Sine

Crește percepția de a fi observat de alții. Jurnalul experimental

Psihopatologie , 7(2), 160 –171. https://doi.org/10.5127/ jep.047315

Chiu, K., Clark, DM și Leigh, E. (2021). Predictorii cognitivi ai adolescenților sociale

anxietate. Cercetare și terapie comportamentală, 137, 103801. https://doi.org/10.

1016/ j.brat. 2020.10380 1

Clark, DA și Beck, AT (2011). Terapia cognitivă a tulburărilor de anxietate: Știință

si practica. Presa Guilford.

Clark, DM (2001). O perspectivă cognitivă asupra fobiei sociale. În WR Crozier &

LE Alden (Eds.), Manual internațional de anxietate socială: Concepte,

cercetări şi intervenţii referitoare la sine şi timiditate (pp. 405 –430). Ioan

Wiley & Sons Ltd.

Clark, DM, & Wells, A. (1995). Un model cognitiv al fobiei sociale. În Social

fobie: diagnostic, evaluare și tratament (pag. 69 – 93). Presa G uilford.

(2022). Traiectoriile sociale ale adolescenților

anxietatea și retragerea socială: Sunt influențate de hărțuirea tradițională și

roluri de cyberbullying? Psihologie educațională contemporană, 69 .

https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2022.102053

Cunha, M., Gouveia, J.P., & Salvador, M. (2008). Temerile sociale în

adolescență: Scala de anxietate socială și evitare pentru adolescenți. european

Psihologie, 13, 197–213. https://doi.org/10.1027/1016 -9040.13. 3.197

Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M. do C. (2004). Evaluare

de anxietate în adolescență: versiunea portugheză a SAS-A. Psihologic,

35, 245 –263.

Erath, S. A., Flanagan, K. S. și Bierman, K. L. (2007). Anxietatea socială și de la egal la egal

Relații în adolescența timpurie: factori comportamentali și cognitivi. Jurnalul de

Psihologia copilului anormal, 35 (3), 405 –416.

Evans, R., Chiu, K., Clark, D. M., Waite, P. și Leigh, E. (2021). Comportamente de siguranță

în anxietatea socială: o examinare pe parcursul adolescenței. Cercetarea comportamentală și

Therapy , 144, 103931. https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.1 03931

Fontinho, AST și Salvador, M. do C. (2012). Rolul atenției autocentrate în

Fobia socială în adolescență: validarea versiunii portugheze a Escla de

Self-Focused Attention (SFA) și studii preliminare [Teză de master, Universitatea

din Coimbra]. https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/22654

Ganho -Ávila, A., Vieira Figueiredo, D., & Vagos, P. (2022). Cognitiv online

Terapia pentru tulburarea de anxietate socială în adolescență: un studiu de caz clinic

Folosind CT@TeenSAD. Studii de caz clinice, 21(6), 533 –551.

https://doi.org/10.1177/15346501221091519

Haller, SPW, Cohen Kadosh, K., Scerif, G. și Lau, JYF (2015). Anxietate socială

tulburare în adolescență: cum constată dezvoltarea neuroștiinței cognitive

poate modela înțelegerea și intervențiile pentru psihopatologie. De dezvoltare

Cognitive Neuroscience, 13, 11–20. https://doi.org /10.1016/ j.dcn.2015.02.002

Sectiunea Articole

32 Ce explică anxietatea socială la adolescenții cu tulburare de anxietate socială...? Hayes, AF (2018). Introducere în mediere, moderare și procesul condiționat

analiză: O abordare bazată pe regresie (ediția a doua). Presa Guilford.

Hebert, KR, Fales, J., Nangle, DW, Papadakis, AA și Grover, RL (2013).

Legătura dintre anxietatea socială și funcționarea relațiilor romantice ale adolescenților: Efectele indirecte și importanța semenilor. Jurnalul Tineretului și Adolescenței, 42(11), 1708 –1720. https://doi .org/10.1007/s10964 -012-9878 -0

Hodson, KJ, McManus, FV, Clark, DM și Doll, H. (2008). Can Clark și Wells (1995) Modelul cognitiv al fobiei sociale să fie aplicat tinerilor? Psihoterapie comportamentală și cognitivă, 36(4), 449 –461. https://doi.org/ 10.1017/ S1352465808004487

Jystad, I., Bjerkeset, O., Haugan, T., Sund, ER și Vaag, J. (2021). Sociodemografice Corelați și comorbidități de sănătate mintală la adolescenți cu sociale Anxietate: Studiul T he Young -HUNT3, Norvegia. Frontiere în psihologie, 12, 663161. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.663161

Knappe, S., Sasagawa, S. și Creswell, C. (2015). Epidemiologia dezvoltării Anxietatea socială și fobia socială la adolescenți. În K. Ranta, AM La Greca, L.-J. Garcia -Lopez, & M. Marttunen (eds.), Anxietate socială și fobie în Adolescenți: Strategii de dezvoltare, manifestare și intervenție (pp. 39 –70). Editura Springer International. https://doi.org/10.1007/978 -3-319-16703 -9_3

La Greca, AM și Lopez, N. (1998). Anxietatea socială în rândul adolescenților: legături cu relații între egali și prietenii. Jurnalul de psihologie anormală a copilului, 26(2), 83 –94. https://doi.org/10.1023/A:1022684520514

Leigh, E., Chiu, K. și Clark, DM (2021a). Atenție și siguranță autocentrate comportamentele mențin anxietatea socială la adolescenți: un studiu experimental. PLOS ONE , 16(2), e0247703. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247703

Leigh, E. și Clark, DM (2016). Terapia cognitivă pentru tulburarea de anxietate socială în Adolescenți: o serie de cazuri de dezvoltare. Comportamental și cognitiv Psihoterapie , 44(1), 1 –17. https://doi.org/10.1017/S1352465815000715

Leigh, E. și Clark, DM (2018). Înțelegerea tulburării de anxietate socială în

Adolescenții și eu îmbunătățirea rezultatelor tratamentului: aplicarea cognitivă

Modelul lui Clark și Wells (1995). Psihologie clinică a copilului și familiei

Review , 21(3), 388 –414. https://doi.org/10.1007/s10567 -018-0258 -5

Leigh, E. și Clark, DM (2022). Internet -delivered terapeut -asistat cognitiv

terapie pentru tulburarea de anxietate socială a adolescenților (OSCA): A randomizat

studiu controlat care abordează eficacitatea preliminară și mecanismele de acțiune.

Journal of Child Psychology and Psychiatr y, 64(1), 145 –155. https://doi.org/

10.1111/jcpp.13680

Leigh, E., Creswell, C., Stallard, P., Waite, P., Violato, M., Pearcey, S., Brooks, E.,

Taylor, L., Warnock -Parkes, E. și Clark, DM (2021b). Oferă inel cognitiv

terapie pentru tulburarea de anxietate socială a adolescenților în NHS CAMHS: O clinică și

analiza costurilor. Psihoterapie comportamentală și cognitivă, 1–13. https://doi.org/

10.1017/S1352465821000035

 Masten, AS și Cicchetti, D. (2010). Cascade de dezvoltare. Dezvoltare și

Psihopatologie, 22(3), 491 –495. https://doi.org/10.1017/S09545 79410000222

McManus, F., Clark, DM, Grey, N., Wild, J. , Hirsch, C., Fennell, M., Hackmann,

A., Waddington, L., Liness, S. și Manley, J. (2009). O demonstrație a

eficacitatea a două dintre componentele terapiei cognitive pentru fobia socială.

Journal of Anxiety Disorders, 23(4), 496 –503. https://doi.org/10.1016/

j.janxdis.2008.10.010

Miers, AC, Blote, AW, de Rooji, M., Blokhorst, CL și Westenberg, PM (2013).

Traiectorii anxietății sociale în timpul adolescenței și relațiile cu cogniția,

competență socială și temperament. Jurnal de psihologie anormală a copiilor,

41(1), 97 -110. https://doi.org/10.1007/s10802 -012-9651 -6.

Miers, AC & Masia -Warner, C. (2023). Anxietatea socială a adolescenților: legături perspective cognitive și comportamentale sociale printr-o lentilă de dezvoltare. În Martin, C., Patel, V. și Preedy, V., Manual de comportament cognitiv pe durata vieții terapie (p. 89 -100). Presa Academică

Mohammadi, MR, Salehi, M., Khaleghi, A., Hooshyari, Z., Mostafavi, SA, Ahmadi, N., Hojjat, SK, Safavi, P. și Am anat, M. (2020). Anxietate socială tulburare în rândul copiilor și adolescenților: un studiu la nivel național asupra prevalenței, caracteristici socio-demografice, factori de risc și co-morbidități. Jurnalul de Tulburări afective, 263, 450 –457. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.015

O'Connor, CA, Dyson, J., Cowdell, F. și Watson, R. (2018). Fac scoala universala - programe de promovare a sănătăţii mintale bazate pe îmbunătăţirea sănătăţii mintale şi bunăstarea emoțională a tinerilor? O revizuire a literaturii. Journal of Clinical Nursing , 27(3–4), e412 –e426. https://doi.org/10.1111/jocn.14078

Ranta, K., Tuomisto, MT, Kaltiala -Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2014). Cunoașterea, imaginea și adaptarea în rândul adolescenților cu probleme sociale Anxietate și fobie: testarea modelului Clark și Wells în populație. Clinical Psychology & Psychotherapy , 21(3), 252 –263. https://doi.org/ 10. 1002/cpp.1833

Rapee, RM și Heimberg, RG (1997). Un model cognitiv-comportamental de anxietate în fobia socială. Cercetare și terapie comportamentală, 35(8), 741 –756. https://doi.org/10.1016/S0005 -7967(97)00022 -3

Rijo, D., Brazão, N., Barroso, R., da Silva, DR, Vagos, P., Vieira, A., Lavado, A., & Macedo, AM (2016). Probleme de sănătate mintală la tinerii bărbați infractori în Programe de custodie versus programe bazate pe comunitate: Implicații pentru justiția juvenilă

interventii. Psihiatrie și sănătate mintală a copiilor și adolescenților, 10(1), 40.

https://doi.org/10.1186/s13034 -016-0131 -6

Rosenthal, R. (1991). Proceduri meta-analitice pentru cercetarea socială, Rev. Ed (pp. x,

155). Sage Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781412984997

Rudy, BM, Davis, TE și Matthews, RA (2014). Indicatori cognitivi ai sociali

Anxietatea la tineret: o analiză a ecuației structurale. Terapia comportamentală , 45(1),

116–125. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.003

Sectiunea Articole

34 Ce explică anxietatea socială la adolescenții cu tulburare de anxietate socială...? Salvador, M. din CT (2010). Fiind eu însumi printre ceilalți. Un nou protocol

intervenție pentru adolescenții cu fobie socială generalizată [Teză de doctorat,

Universitatea din Coimbra]. https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/12527

Schreiber, F., Höfling, V., Stangier, U., Bohn, C. și Steil, R. (2012). Un cognitiv

Model de fobie socială: aplicabilitate într-un eșantion mare de adolescenți.

Jurnalul Internațional de Terapie Cognitivă, 5(3), 341 –358. https://doi.org/10.

1521/ijct.2012.5.3.341

Skocic, S., Jackson, H. și Hulbert, C. (2015). Dincolo de DSM-5: o alternativă

abordare a evaluării tulburării de anxietate socială. Jurnalul tulburărilor de anxietate,

30, 8–15. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.006

Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E.,

Milo, K. M., Stock, S. L. și Wilkinson, B. (2010). Fiabilitatea și valabilitatea

Mini Interviul Internațional Neuropsihiatric pentru Copii și

Adolescenți (MINI-KID). The Journal of Clinical Psychiatry, 71 (3), 17393.

https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi

Silva, S., & Salvador, MC, (2010, 11 -12 octombrie). Scala de comportament

Siguranța în situații sociale pentru adolescenți: caracteristici

psihometrice. [prezentare poster]. Prima Conferință de Inițiere a Cercetării
în Psihologie, Coimbra, Portugalia.
Simoes, MMR (1995). Investigații în sfera evaluării naționale a testului de
Matricele progresive colorate ale lui Raven (MPCR) [Teză de doctorat,
Universitatea din Coimbra]. https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/946
Soohinda, G. și Sampath, H. (2016). Fobia socială în rândul elevilor de școală -
Prevalență, corelații demografice și deficiențe socio-academice. Jurnal
al Asociației Indiane pentru Sănătatea Mintală a Copilului și Adolescentului, 12(3), 211 –229.
Spence, S. și Rapee, R. M. (2016). Etiologia tulburării de anxietate socială: An
model bazat pe dovezi. Cercetare și terapie comportamentală, 86, 50 -67.
https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007
Stein, DJ, Lim, CCW, Roest, AM, de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., A l-
Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, EJ, Bruffaerts, R., de Girolamo,
G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, JM, Harris, MG, He, Y., Hinkov, H.,
Horiguchi, I., Hu, C., … Colaboratori OMS la sondajul mondial de sănătate mintală.
(2017). Epidemiologia transnațională a tulburării de anxietate socială: date din
Inițiativa World Mental Health Survey. BMC Medicine, 15(1), 143.
https://doi.org/10.1186/s12916 -017-0889 -2
Thwaites, R. și Freeston, MH (2005). Siguranță - Comportamente de căutare: fapt sau
Funcţie? Cum putem diferenția clinic între comportamentele de siguranță
și strategii adaptive de coping pentru tulburările de anxietate? Comportamentală și
Psihoterapie cognitivă, 33(2), 177 –188. https://doi.org/10.1017/ S135246
5804001985
Turner, S. M., Johnson, M. R., Beidel, D. C., Heiser, N. A. și Lydiard, R. B. (2003).
Scala gândurilor și credințelor sociale: un nou inventar pentru evaluare

Ce explică anxietatea socială la adolescenții cu tulburare de anxietate socială...? 35 Cogniții în fobia socială. Evaluarea psihologică, 15, 384–391.

https://doi.org/10.1037/1040 -3590.15.3.384

Vagos, P., Pereira, A., & Beidel, D. (2010). Adaptarea și validarea unei scale

de măsurare a cogniției în anxietatea socială. Evaluarea psihologică, 9(3),

393–402.

Vago s, P., Pereira, A., & Cunha, M. (2014). Evaluarea fricilor sociale târziu

adolescență: Studiu cu un eșantion portughez. Jurnalul European al

Psihologia dezvoltării, 11(3), 373 –385. https://doi.org/1 0.1080/ 17405

629.2013.841093

Vogel, F., Reichert, J., Hartmann, D. și Schwenck, C. (2021). Variabile cognitive

în Tulburarea de anxietate socială la copii și adolescenți: o analiză de rețea.

Psihiatrie infantilă și dezvoltare umană. https://doi.org/10.1007/s10578 -021-

01273 -9

Warnock -Parkes, E., Wild, J., Stott, R., Grey, N., Ehlers, A. și Clark, DM (2017).

A vedea înseamnă a crede: Folosirea feedback-ului video în terapia cognitivă pentru social

Tulburare de anxietate. Practica cognitivă și comportamentală, 24(2), 245 –255.

https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.03.007

Wells, A., Clark, DM, Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. și Gelder, M.

(2016). Fobia socială: Rolul comportamentelor de siguranță în situație în

Menținerea anxietății și a convingerilor negative – articol republicat. Comportament

Terapie, 47(5), 669 –674. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.010

[Pagina 40 - Fără text extras]

Studiu de caz al unei intervenții-pilot pentru anxietatea de testare a adolescenților 37 Journal of Evidence-Based Psychotherapies,

Vol. 23, Număr special, martie 2023, 37-66.

10.24193/jebp.2023.1.3

EFICACITATEA UNEI COMPASII, ACCEPTARE

INTERVENȚIE PILOT BAZATĂ PE MINDFULNESS

PENTRU TESTUL ADOLESCENTILOR ANXIETATEA: UN STUDIU DE CAZ

UTILIZAREA PROGRAMULUI ACADEMIC

Cláudia P. Pires*1, Stefan G. Hofmann2, David W. Putwain3,

Maria do Céu Salvador1

1 Universitatea din Coimbra, Portugalia, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Centrul pentru

Cercetare în neuropsihologie și intervenție cognitiv-comportamentală

2 Philipps -University Marburg, Germania, și Boston University, SUA, Departamentul de

Științe psihologice și ale creierului

3 Universitatea John Moores din Liverpool, Marea Britanie, Școala de Educație

Abstract

Anxietatea de testare (TA) este una dintre cele mai frecvente dificultăți pentru secundar

elevilor de școală, cu impact negativ în performanță, sănătate mintală și

bunăstare și implicând niveluri ridicate de rușine, autocritică și

evitarea experiențială. AT poate fi de asemenea conceptualizată printr-o

abordare evolutivă și contextuală a suferinței umane. Spre cele mai bune dintre noi

cunoștințe, niciun studiu nu a acoperit această conceptualizare și nici unul

tratamentul anterior cu AT a fost simultan manualizat, psihoterapeutic,

și practici bazate pe compasiune, acceptare și mindfulness co-integrate.

În plus, studiile privind eficacitatea tratamentelor individuale îndreptate către AT în

adolescenții sunt puțini, iar studiile de caz oferă o informație cuprinzătoare, detaliată,

și informații utile despre modele și tratamente noi atât pentru cercetători, cât și pentru practicieni. Programul AcAdeMiC (Acționând cu acceptare, Mindfulness și compas pentru a depăși anxietatea de test/examen) este a intervenție psihoterapeutică individuală online manualizată cu 12 sesiuni, scopul de a reduce anxietatea de testare și de a crește bunăstarea, compasiunea, acceptare și atenție. Acesta este primul studiu care prezintă tratamentul a unui adolescent cu niveluri ridicate de anxietate de testare care utilizează acest program. The Reliable Change Index (RCI) a arătat îmbunătățiri și întreținere sau creșterea câștigurilor în timp, în toate simptomele și procesele vizate. The AcAdeMiC a fost, de asemenea, perceput calitativ și cantitativ ca util și eficient la post-tratament. Acest studiu de caz clinic oferă o primă privire asupra

* Corespondența referitoare la acest articol ar trebui adresată către Cláudia P. Pires, Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo Comportamental (CINEICC), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000 - 115 Coimbra, Portugalia.

E-mail: claudia.pnpires@gmail.com

program.

Cuvinte cheie: anxietate de testare, adolescenți, intervenție, studiu de caz, compasiune, acceptare, conștientizare.

Mulți adolescenți experimentează simptome de anxietate în context școlar, mai ales atunci când performanța lor este examinată (American Psychiatric Asociația, 2022). În situațiile de testare/examen, aceasta este definită ca anxietate de testare (TA), an teamă sau îngrijorare intensă de evaluare negativă atunci când se confruntă cu o evaluare formală a

performanță, care poate avea ca rezultat comportamentul neplăcut, fiziologic și emoțional răspunsuri (Zeidner, 1998) . Până la 55% dintre studenții adolescenți declară că se simt foarte bine nerăbdător pentru un test, în ciuda gradului de pregătire (Organizația pentru Economic Cooperare și Dezvoltare; OCDE, 2017; Putwain & Daly, 2014; Putwain & Symes, 2018), care are consecințe precum performanța afectată (Steinmayr și al., 2016) , concentrarea, memoria și atenția (Owens et al., 20 14), au crescut depresie, anxietate și stres (Akinsola & Nwajei, 2013; Putwain și colab., 2021; Wuthrich et al., 2021) și a redus satisfacția de viață și bunăstarea (Steinmayr și colab., 2016; Organizația Mondială a Sănătății, 2016) . Rezultatele academice sunt, de fapt, extrem de apreciat, atât în învățământul secundar, cât și la universitate (Feld & Shusterman, 2015), când AT devine motivul principal pentru căutarea psihologiei de specialitate suport (Melo et al., 2006) . Acest lucru necesită o înțelegere mai largă a AT fenomenul non, și dezvoltarea de intervenții timpurii direcționate și structurate.

Testați conceptualizarea anxietății și eforturile de tratament

TA rămâne neclasificată în DSM -5 (APA, 2022), ceea ce poate explica putina atentie pe care a primit-o, mai ales in ceea ce priveste interventiile clinice noi. Modelele conceptuale sunt fie cognitive și/sau afective -fiziologice cu elemente cum ar fi testul - gânduri irelevante, încredere sau competență percepută (de exemplu, Spielberger & Vagg, 1995; Zeidner & Matthews, 2005) , sau biopsie cosocială, cu contextuale și componente sociale cum ar fi frica de umilire socială, influențele familiei, școlii sau comunitate (de exemplu, Lowe et al., 2008; Segool et al., 2014) . Interventii de tratament pentru AT a adolescenților în ultimele două decenii au indicat, de asemenea, fie cognitive - conceptualizare și tehnici comportamentale, sau numai la formarea competențelor academice. Deși variază în format și durată (vezi Soares & Woods, 2020; von der Embse et al., 2013, pentru recenzii), niciuna nu a cuprins o alterapeutică psihică structurată

program, care prezice rezultate mai puternice ale tratamentului (Cummings et al., 2013) . În plus, ei au urmărit în principal reducerea nivelurilor de AT, fără a viza altele mecanisme. Este esențial ca noile intervenții să urmeze un concept contemporan de recuperare și sănătate mintală, concepută ca o „stare mai dinamică de internă

 echilibru”, care include reglarea emoțională, empatia, flexibilitatea și capacitatea pentru a face față evenimentelor adverse (Galderisi et al., 2015) .

Direcții noi

Noțiunea că schimbarea terapeutică semnificativă este mai mult decât un simplu simptom reducerea (de exemplu, modificarea conținutului gândurilor automate negative în cognitiv - terapie comportamentală) nu este nouă (Stott, 2007) . Dezvoltarea mai flexibilă și adaptabilă răspunsurile la medii dificile și confruntarea cu experiențele afective care co-apariția, este crucială pentru această schimbare (Gilbert, 2010). Acest lucru necesită dezvoltarea și trăind sentimente de reasigurare și siguranță, prin accesul la anumite sisteme neurofiziologice care permit reglarea emoțională (Gilbert, 2010) . În ultimii ani, noi progrese în tratament au apărut în această direcție. În timp ce de asemenea concentrându-se pe îmbunătățirea bunăstării, aceste abordări apără nevoia de a dezvolta a relație diferită cu experiența noastră internă și cu noi înșine. Mindfulness a fost studiat pe scară largă ca o modalitate de a învăța să acorde atenție cu flexibilitate, deschidere, și curiozitate, să te conectezi în mod conștient și să te angajezi în orice se întâmplă momentul (intern și/sau extern) pentru a permite o alegere înțeleaptă a acțiunilor (Harris, 2009; Kabat -Zinn, 1994) . Dezvoltarea acestei competențe este inclusă în câteva abordări noi, cum ar fi Terapia focalizată pe compasiune (CFT; Gilbert, 2010) și Terapia de acceptare și angajament (ACT; Hayes și colab., 1999).

CFT își are originea în înțelegerea că, pentru a regla stările emoționale,

oamenii pot apela la trei sisteme de reglare a emoțiilor: sistemul de amenințare (al cărui rol

este detectarea rapidă și protejarea împotriva amenințărilor); sistemul de acționare, concentrându-se pe căutare

resurse pentru supraviețuire și prosperitate; și sistemul de calmare, concentrându-se pe așezare

în stări de siguranță, odihnă și digerare (Depue & Morrone - Strupinsky, 2005; Gilbert,

2010, 2022). În plus, oamenii sunt programați evolutiv să aprecieze calea

ele există în mintea altora (Gilbert, 2010), pentru a fi acceptate și alese (Gilbert,

1998). Când percepe că nu este cazul, sentimentul și experiența de

apare rușinea externă, care poate deveni și interiorizată (rușine internă) (Gilbert,

2007; Kaufm an, 1996) și este un produs secundar al sistemului de amenințări. Natura noastră socială

de asemenea, ne permite să avem o relație cu noi înșine și, adesea, atunci când lucrurile merg prost

sau nu corespund cu ceea ce ne-am dorit, poate apărea autocritica, sub formă de a

relație internă ostilă, de asemenea, conectată în sistemul de amenințări (Gilbert & Irons, 2005).

Rușinea și autocritica sunt legate de psihopatologie în general (Gilbert,

2010; Matos et al., 2020) și la AT la adolescenți în special (Cunha & Paiva,

2012; Pires și colab., 2020). De fapt, și similar altor tulburări de anxietate (Welford,

2010), AT poate fi rezultatul unui dezechilibru al celor trei sisteme de reglare a emoțiilor.

Pe de o parte, există o supraactivare a sistemului de amenințări, înainte, în timpul sau după

teste și când notele nu au fost atât de bune pe cât se aștepta. Acest lucru poate fi afișat în formular

de gânduri (adesea autocritice) despre eșec și comparație socială (de exemplu, „Nu pot

face orice bine”, „Nu voi intra la universitate”, „Părinții/profesorul/colegii mei

se va gândi mai puțin la mine”) și emoțiile defensive (de exemplu, anxietatea). Mulți elevi pot

 încercați să reglementați acele amenințări apelând la sistemul de acționare (de exemplu, munciți prea mult pentru a

evitarea eșecului perceput), generând bucla amenințare-drive (Gilbert, 2014) . La rândul său,

există dificultăți de a accesa sistemul liniștitor și forme mai utile de emoție
regulament.

Acest lucru este central în CFT (Gilbert, 2010), și anume, promovarea (auto-)compasiunea, o motivație înrădăcinată în sistemul liniștitor care se orientează către „(…) a sensibilitatea faţă de suferinţa în sine şi în ceilalţi cu angajamentul de a încerca să atenueze şi previne-o” (Gilbert & Choden, 2014, p. 98) și o relație internă alternativă la autocritica (Gilbert, 2010) . Terapeuții îndrumă cu compasiune pacienții să realizeze că funcționarea noastră nu este vina noastră (Cowan și colab., 2016), în timp ce oferim instruire (Compassionate Mind Training; CMT; Gilbert, 2010) privind practicile specifice care vorbiți cu declanșatorii sistemului de amenințări și stimulați sistemul de calmare, prin urmare echilibrarea celor trei sisteme de reglare a emoțiilor (Gilbert, 2019) . Există empiric dovezi ale CFT și alte intervenții bazate pe compasiune în reducerea psihopatologie, rușine și autocritică și îmbunătățirea bunăstării (Kirby, 2017; Leaviss & Uttley, 2015), în special cu adolescenții (Bluth et al., 2016; Figueiredo et al., 2021) și al rolului protector al autocompasiunii în anxietatea de testare (O'Driscoll & McAleese, 2022).

Cultivarea compasiunii implică și dezvoltarea unor răspunsuri mai flexibile care poate fi mai util pentru călătoria vieții persoanei (Gilbert, 2010, 2022), ceea ce este în concordanță cu conceptul contemporan de schimbare terapeutică și sănătate mintală (Galderisi et al., 2015) . Această flexibilitate înseamnă să te concentrezi pe „ceea ce contează”, luare perspectiva asupra acțiunilor, gândurilor și emoțiilor noastre, cu o înțeleaptă sensibilitate la contextul. De fapt, unul dintre principalii factori de risc cheie pentru psihopatologie (de exemplu, anxietatea) este rigiditatea cognitivă, emoțională și comportamentală (Beck și colab., 1985), definită prin modelul terapiei de acceptare și angajament (ACT; Hayes și colab., 1999) ca inflexibilitatea psihologică, adică incapacitatea de a acționa în conformitate cu scopurile valorizate în timp ce

în prezența unor gânduri, emoții sau senzații fizice neplăcute (Hayes, 2004), provocând suferință. Inflexibilitatea psihologică combină șase interdependente proceselor. Prima, fuziunea cognitivă, înseamnă supraidentificare cu incontrolabil evenimente interne (de exemplu, gânduri, amintiri), luându-le și reacționând la ele ca și cum erau ceea ce reprezintă – realitatea însăși (Hayes, 2004) . Această supraidentificare ia numele de sine conceptualizat (2) atunci când apare cu gânduri neajutorate despre noi înșine (Harris, 2009) . Această fuziune duce apoi la evitarea experiențială (3), refuzul de a experimenta evenimente interne neplăcute, care rezultă în eforturi de a evitați, modificați sau controlați-le (Hayes și colab., 1999). Aceste procese reflectă, de asemenea, supraactivarea sistemului de amenințări: atunci când sunt încurcate în mintea noastră și evitarea strategii, atenția noastră este restrânsă (și îndreptată spre viitor, în problemele de anxietate). procesează acele pericole percepute (Gilbert, 2010). Această pierdere a contactului cu prezentul momentul (4) se referă la un sentiment de a nu fi „pe deplin prezent” în viață (Hayes și colab., 1999). În special în AT, noțiunea că atenția este deplasată de la sarcină la interferență gândurile despre eșec pleacă de departe (Sarason, 1984). Astfel, indivizii nu numai că o fac nu acționați asupra a ceea ce este important (lipsa acțiunii angajate) (5), deoarece uneori lipsesc

 claritate cu privire la ceea ce este cu adevărat important (clarificarea valorilor slabe) (6) (Hayes și colab., 1999). Această stare de inflexibilitate psihologică este cazul adolescenților cu TA (Cunha & Paiva, 2012; Pires și colab., 2020) și poate fi conceptualizat ca un proces cognitiv fuziunea cu eșecul legat de gânduri sau judecăți de sine (sine conceptualizat), deturnare atenția elevului de la sarcină (pierderea contactului cu momentul prezent).

În consecință, acest lucru duce la evitarea experiențială a acelor gânduri sau sentimente în situații importante, rezultând o lipsă de acțiune angajată cu valori care ar putea fi, de asemenea, slab clarificat, cum ar fi învățarea sau petrecerea timpului de calitate cu prietenii și

familial.

Se poate spune că, în această stare de inflexibilitate psihologică, oamenii rămâne blocat în procesarea amenințărilor, rezultând un dezechilibru al celor trei emoționale sisteme de reglementare.

Modelul ACT prezintă cele șase procese alternative de psihologie flexibilitate (Hayes et al., 1999). Contactarea cu momentul prezent (1) se referă la competența descrisă anterior de mindfulness (Harris, 2009) . Acest lucru permite defuzia cognitivă (2), adică învăţarea să ne desprindem de gândurile, imaginile şi amintiri, devenind în același timp un sine observator (self-ca-context) (3), un punct de vedere din pe care le observăm experiențele noastre interne (Harris, 2009) . Acest lucru se face cu acceptare (4), deschidere și dorință de a experimenta evenimentele private așa cum sunt, fără luptă (Hayes et al., 1999) . Scopul este de a schimba cu înțelepciune sau de a persista comportamente care sunt aliniate cu valorile noastre clar definite (5), numite committed acțiune (6) (Hayes și colab., 1999) . Îmbunătățirea sistemului de calmare permite această stare de flexibilitate, deoarece autocompasiunea leagă fără probleme toate aceste componente. Pentru adolescenti cu TA, acest lucru ar putea însemna recunoașterea naturii, contextului și evitarea lor tipare, în timp ce alegeți să accesați o liniște a minții și curajul de a acționa cu înțelepciune, chiar şi în prezenţa unor experienţe interioare dificile.

Intervențiile ACT au fost eficiente în reducerea psihopatologiei și în creșterea flexibilității psihologice (Twohig & Levin, 2017), în special în adolescenți (de exemplu, Livheim și colab., 2015) . În paralel, unele s-au dovedit eficiente în reducerea anxietății de testare în școala elementară (Bozorg și colab., 2018) și universitate studenți (Miri & Mansouri, 2018) .

În general, eficacitatea intervențiilor care încurajează compasiunea, acceptarea și mindfulness la adolescenți, precum și pertinența utilizării acestor componente pentru

conceptualizează AT, invită la explorarea lor ulterioară în această condiție.

O intervenție psihologică care este structurată, manualizată și empiric

validat găsește sprijin pentru adecvarea și relevanța științifică a acestuia, inspirându-i

utilizarea de către practicieni clinici, dar și pentru replicarea și extinderea constatărilor sale

de cercetători (Sanderson, 2016) . În plus, după cum istoria cercetării -

practica alianta a aratat, o intrare mai descriptiva si mai expozitiva este potrivita si

un prim pas mai degrabă valoros spre construirea cunoștințelor care vor ghida în cele din urmă

practica. Un studiu de caz, de exemplu, deține această valoare euristică și întruchipează în mod corespunzător

acel efort principal de a pune teorie în (mai) cercetare și practică (Crowe și colab.,

2011; Davison & Lazarus, 2007; Schwandt & Gates, 2018). Grant pentru studii de caz a

 O înțelegere mai complexă și profundă, care nu se încadrează în cantitative mai mari.

studii (Crowe et al., 2011; Davison & Lazarus, 2007; Schwandt & Gates, 2018) .

Acest lucru are o semnificație deosebită în acest studiu, având în vedere că, în cele mai bune dintre ele

cunoștințe, AT nu a fost niciodată conceptualizată prin prisma evoluției

și abordarea contextuală a funcționării și suferinței umane și nici nu are o intervenție

pentru adolescenți AT a fost simultan structurată, manualizată, cu a

cadru psihoterapeutic, concentrându-se dincolo de reducerea simptomelor și de stimulare

Compasiunea, acceptarea și competențele de conștientizare combinate.

Prin urmare, lucrarea de față își propune să prezinte un studiu de caz, al cărui

conceptualizarea și intervenția s-au bazat în abordarea menționată, precum și

descrieți și prezentați primele rezultate calitative și cantitative ale unui roman

intervenție pentru adolescenții cu TA. Prin prezentarea poveștii și a procesului terapeutic

și progresul acestui adolescent, acest studiu de caz încearcă să fie prima privire la acest nou

adecvarea și eficacitatea intervențiilor și poarta științifică pentru progrese mai ample în domeniul domeniul intervenției AT, pentru a asigura practici informate și îmbunătățite cu adolescenții cu lupte similare.

Programul AcAdeMiC

AcAdeMiC: Acționând cu acceptare, atenție și compasiune față de a face față anxietății de testare/examinare (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04850872) a fost dezvoltat din fondul teoretic mai sus menționat, în contextul unei mai mari studiu cu un eșantion mai mare, de către o echipă de cercetare cu experți în domeniile anxietății tulburări, psihologia adolescentului, CFT și/sau ACT, majoritatea cu clinice experiență în evaluarea și tratamentul persoanelor cu TA. Echipa a efectuat o căutare extensivă a literaturii și a avut o pregătire avansată în domeniul compasiunii, abordări bazate pe acceptare și plenitudine, cu un accent special pe adolescenți cu dificultăți de anxietate. Programul urma să fie aplicat inițial personal; cu toate acestea, din cauza constrângerilor din contextul pandemiei 2020 -2021, formatul său a fost schimbat în online. Intervențiile online de sănătate mintală sunt în general bine primite de adolescenți și reprezintă o alternativă de tratament rentabilă și accesibilă (Sweeney și colab., 2019).

Un proiect manual al AcAdeMiC a fost dezvoltat și testat individual cu un grup mic de studenți adolescenți cu TA. Date calitative și de fezabilitate a condus la modificări legate de conținut și structură care au dus la versiunea finală.

Acest program are unele asemănări cu alte compasiune, acceptare și/ sau programe bazate pe mindfulness, cum ar fi Compassionate M ind Training (Gilbert, 2010) , Youth DNA -V (Hayes & Ciarrochi, 2015) , Mindful Self -Compassion (Germer & Neff, 2019) și Making Friends with Yourself (Bluth et al., 2016), dar rămâne abordând dificultățile și experiențele specifice adolescenților cu AT.

AcAdeMiC este un program psihoterapeutic online manualizat pentru

studenți adolescenți care cuprinde 12 sesiuni individuale săptămânale de 90 de minute, livrat de un terapeut instruit. Obiectivele principale sunt scăderea nivelurilor TA, creșterea bunăstarea generală și promovarea competențelor de auto-compasiune, acceptare și

mindfulness. Participanții primesc un caiet de lucru pentru a urmări sesiunile, cuprinzând rezumate, exerciții și ajutoare vizuale care prezintă abilitățile cheie ale programului. The structura urmează o strategie progresivă de schimbare, inclusiv patru module care acoperă următoarele subiecte principale: i) Psihoeducaţia privind natura minţii în general, și anxietatea și AT în special, folosind un evolutiv și contextual abordarea experienței și suferinței umane; ii) Psihoeducatie pe concepte cheie și competențe, cum ar fi atenția, acceptarea, defuzia cognitivă, valorile, acțiune angajată și autocompasiune; iii) Exerciții de mindfulness de cultivat conștientizarea momentului prezent și o atitudine nejudecată față de experiențele cuiva, în special în ceea ce privește AT și performanța academică; iv) Promovarea unui adaptiv atitudine faţă de situaţiile de învăţare, studiere şi evaluare, şi anume prin comportament academic concentrat pe valori și pe acțiuni angajate, mai degrabă decât pe una concentrat exclusiv pe performanță și rezultate (care servește anxietatea, amenințarea și/sau sistemul de acționare și evitarea experienței); v) Acceptarea dificilului experiențe interne (sentimente, senzații corporale) și abilități de defuzie cognitivă reducerea tiparelor de evitare; vi) Promovarea unei relații cu sine bazată pe sine - compasiune, pentru a contracara o relație bazată pe rușine și autocritică. Tabelul 1 afișează o prezentare generală a modulelor, sesiunilor și mesajelor cheie ale AcAdeMiC.

Tabelul 1. Scurtă prezentare a programului AcAdeMiC.

Modulul Tema sesiunii Mesaje cheie ale sesiunii

1. Cum nostru

mintea lucrează

si rolul de

anxietatea de testare 1 The tricky creier

Emoţie

regulament

sisteme

Testează anxietatea și

sistemul de amenințări

Comun

umanitatea Oamenii au un creier complicat, rezultat din interacțiunea vechiului său

si piese noi

Anxietatea este o emoție umană moștenită evolutiv, concentrată asupra

supraviețuirea noastră

Avem trei sisteme de reglare a emoțiilor: Sistemul de amenințare

(unde anxietatea de testare este în mare parte codificată), sistemul de conducere și el

sistem calmant

Toți oamenii experimentează suferință, ceea ce poate fi deosebit

provocatoare în adolescență. Nu suntem singuri.

2 Emoție

regulament

sisteme (continuare) Sistemul de amenințări și uneori sistemul de acționare sunt recrutați

când experimentăm anxietate de testare; sistemul de calmare este dezactivat

Putem învăța cum să facem față anxietății noastre de testare atunci când nu este utilă,

prin echilibrarea celor trei sisteme, mai ales prin activare

sistemul calmant

2. Conștientizarea

de evitare

și motivație

pentru a schimba 3 valori ale vieții Valorile sunt calități sau moduri prin care alegem să acționăm care sunt importante pentru

noi și ne poate ghida obiectivele și acțiunile

Clarificarea valorilor ne poate ajuta să ne echilibrăm reglarea emoțiilor

sistemele și activarea sistemului de calmare

4 Creativ

deznădejde

Privire de ansamblu asupra

competențe să

dezvolta in

Program Mulți dintre noi încercăm să evităm sau să ne controlăm anxietatea de test prin mai multe

strategii care, pe lângă faptul că nu contribuie la reducerea acesteia, pe termen lung,

ne poate alunga de ceea ce este valoros pentru noi

Aceste sesiuni urmăresc să stimuleze mai multe competențe care pot fi mai multe

util în gestionarea anxietății de testare și în deplasarea către ceea ce 's

important pentru noi

3. A face față

Testează anxietatea 5 Mindfulness:

definiție, în

viata de zi cu zi, in test

anxietate Oamenii funcționează în principal în modul „pilot automat”, codat în

sistem de amenințare și concentrat pe protecția și supraviețuirea noastră

Acest „pilot automat” poate fi util sau nu, în funcție de situație

îl folosim pentru a ne urma valorile

Când nu este util, putem învăța să acordăm atenție prezentului

Sectiunea Articole

44 Studiu de caz al unei intervenții-pilot pentru testul de anxietate al adolescenților Modulul Tema sesiunii Mesaje cheie ale sesiunii

moment, fără judecată, să alegem ceea ce facem cu înțelepciune –

mindfulness –, prin urmare, stimulând sistemul nostru liniştitor

6 Rușine și sine -

critică

Învățând să

calmează interiorul

critic Sentimente de rușine și o voce critică interioară aspră (ambele din partea

sistem de amenințare) poate apărea adesea în contextul performanței testelor,

care urmărește să „ne împiedice să eșuăm”

Cu toate acestea, deși nu are o intenție rea, acest critic interior nu este

foarte eficient, deoarece ne face și mai anxioși, frustrați, triști și

adesea fără speranță

Activarea sistemului nostru liniștitor este cheia pentru a calma acest critic interior

7 Compasiune de sine:

definiţie,

rezistențe,

practica Compasiunea de sine înseamnă a ne trata pe noi înșine în același mod în care am face-o

tratați un prieten drag

Este o parte din noi care îi poate liniști atât pe cei critici, cât și pe cei criticați

piese

Este o resursă utilă care poate lua forma unui „compasional

prieten” pe care ne putem baza atunci când trecem printr-o grea

moment, care ne mângâie, ne acceptă și ne încurajează cu înțelepciune

8 Compasiv

cognitive

defuziune Mintea noastră produce mereu gânduri, unele dintre ele sub formă

de autoevaluări sau „povestiri” despre noi.

Nu toate gândurile noastre sunt utile sau ne ajută să mergem în direcția noastră

valorile. Putem fi conștienți de ele, activându-ne liniștirea

sistem de a recunoaște cu compasiune intenția bună a minții noastre

ne protejează și decidem să facem ceea ce este mai bine pentru noi

9 Compasiv

acceptare Nu este posibil să controlăm gândurile sau sentimentele, în ciuda faptului că încercăm

greu de făcut acest lucru - aceasta se numește rezistență (o apărare a amenințării

sistem) și crește suferința

O strategie mai utilă este să fim dispuși să experimentăm gândurile noastre

și sentimente, oricât de neplăcute – Acceptare . Asta înseamnă deschis

permițând prezența unor experiențe interne nedorite, pentru a

ne angajăm pe deplin cu valorile noastre, ceea ce necesită în mod inerent

compasiune

10 Compasiune de sine:

practică (continuare) Există mai multe practici care ne pot ajuta să ne activăm liniștirea

sistem, care recrutează autocompasiune, atenție, acceptare și

defuzia, toate competențele care permit acțiunile săvârșite cu noi

valori și o mai mare bunăstare

Putem, de exemplu, să ne imaginăm și să descriem în mod viu

prieten plin de compasiune și imaginează-ți ce și cum vor vorbi

pentru noi într-un moment dificil

11 Compasiune de sine:

practică (continuare)

Bunătate iubitoare:

definiţie,

practică Partea plină de compasiune din noi poate întotdeauna să răspundă cu înțelepciune,

asertivitate și bunătate față de partea critică

Pentru a întâlni emoții dificile, le putem eticheta, le putem conștientiza

corpul, iar apoi le înmoaie, liniștindu-ne și permițându-ne

simte-le

Bunătatea iubitoare este o atitudine prietenoasă și o dorință pe care noi și ceilalți o dorim

poate fi fericit și poate fi dezvoltat pentru toată lumea, începând cu a

persoana iubita

4. Pe drum

spre bunăstare.

Revizuirea

câștiguri și

recidiva

prevenire 12 Iubitoare -bunătate:

practică (continuare)

Recunoştinţă

Autocompasiune:

practica (cont.) Bunătatea iubitoare poate fi îndreptată și către noi înșine

Recunoștința înseamnă a aprecia și a fi recunoscător pentru bine

lucruri din viață, oricât de mici ar părea. Ne permite să fim înăuntru

și să ne bucurăm de momentul prezent și să ne concentrăm asupra a ceea ce contează pentru noi

Recunoștința se extinde chiar și la ceea ce am învățat în sau de la subiecte

în școală care ne declanșează o anxietate mai mare

Compasiunea de sine se poate concretiza într-o împuternicire și

scrisoare încurajatoare plină de compasiune către viitorul nostru sine

Terapeutul și pacientul au fost obligați să își asigure confidențialitatea în timpul ședințelor.

Configurația pentru ambele a inclus un laptop, o cameră web, o cască (de preferință) și un

 conexiune stabilă la internet. Sesiunile au fost livrate folosind programul Zoom

(Zoom Video Communications, Inc., 202 0 [Software de calculator]) .

Introducere caz

Daniel (D.; pseudonim) este un băiat de 17 ani în clasa a XI-a într-un gimnaziu.

școală din centrul Portugaliei. Consimțământul scris de la D. și tutorele său educațional a fost

obţinute, iar anonimatul şi confidenţialitatea au fost garantate. La momentul inițial, D.

a finalizat protocolul de evaluare, cu nota 101 la Reacțiile la teste pentru

Adolescenți (RTT -A; Pires și colab., 2022a), care a fost cu o abatere standard mai sus

media, reprezentând anxietate ridicată la test. În plus, a fost diagnosticat cu Social

Tulburare de anxietate (cf. Evaluare). Alte variabile colectate la momentul inițial, după -

tratamentul și urmărirea la 3 luni sunt prezentate în continuare în secțiunea Evaluare și

în tabelul 2.

Tabelul 2. Scorurile lui Daniel de la valoarea inițială până la urmărirea la 3 luni și îmbunătățirea clinică

Măsuri (M, SD) T0 T1 T2 RCI 1 RCI 2

RTT -A – Reacții la teste pentru adolescenți (69,02, 17,53) 101 94 65 -1,47 -7,55

Tensiune (18,63, 6,16) 24 21 17 -1,61 -3,76

Îngrijorare (20,45, 5,82) 35 33 24 -0,71 -3,91

Testează gândirea irelevantă (19,28 , 6,53) 31 30 16 -0,35 -5,27

Reacții corporale (10,66, 3,75) 11 10 8 -0,35 -1,06

SAS-A – Scala de anxietate socială pentru adolescenți (40,77, 17,64) 68 51 52 -3,04 -2,86

Frica de evaluare negativă (18.01, 10.18) 29 19 19 -3.70 -3.70

Anxietate și suferință socială - Nou (15,70, 7,01) 26 25 24 -0,39 -0,77

Anxietate și suferință socială - General (7,06, 4,94) 13 7 9 -3,06 -2,04

EISS – Scala de rușine externă și internă (8,87, 5,26) 13 7 4 -1,79 -2,67

FSCRS -A – Scala Forme de autocriticare și liniștitoare pentru adolescenți

Sine inadecvat (13.30, 8.54) 26 12 11 -4.54 -4.86

Sinele urât (2,32, 2,28) 4 0 1 -1,56 -1,17

DASS -21-A – Scale de depresie, anxietate și stres pentru adolescenți

Depresie (4,33, 4,37) 14 10 3 -1,45 -3,98

Anxietate (3,28, 3,60) 6 2 0 -1,19 -1,79

Stresul (5,19, 4,27) 16 9 2 -2,18 -4,35

SCS-A – Scala de autocompasiune pentru adolescenți (78,99, 14,62) 67 84 106 +2,20 +5,04

TA-AAQ -A – Testează Acceptarea și Acțiunea Anxietății

Chestionar pentru Adolescenți (61.56, 16.17) 26 42 46 +2.90 +3.62

CAMM – Măsura Mindfulness pentru copii și adolescenți (24.28, 5.89) 18 27 25 +2.75 +2.14

MHC -SF – Continuum de sănătate mintală -Formă scurtă

Bunăstare emoțională (11,76, 2,70) 8 8 11 0 +1,61

Bunăstare socială (13.48, 5.50) 9 9 9 0 0

Bunăstare psihologică (19,68, 6,13) 16 21 25 +1,46 +2,63

Nota. T0 = Pre-tratament, T1 = Post-tratament, T2 = Urmărire de 3 luni; RCI 1 – îmbunătățire de la T0 la

T1; RCI 2 – îmbunătățire de la T0 la T2. Valorile RCI de ± 0,84 corespund unei modificări clinice semnificative în interior

80% CI, ±1,28 în 90% CI și ±1,96 cu 95% CI. M = media eșantionului general; SD = standard

abaterea eșantionului general.

Sectiunea Articole

46 Studiu de caz al unei intervenții-pilot pentru anxietatea de testare a adolescenților

Prezentarea reclamațiilor

D. a raportat că a simțit un TA ridicat timp de aproximativ șase ani, deși „se simte

ca pentru totdeauna.” Această anxietate era mai mare la Matematică și Chimie, materii care trebuiau „testate

la examenele naționale ” în acel an și asta ar conta la admiterea lui la universitate.

D. s-a simțit anxios mai ales înainte și în timpul testelor. A raportat mereu

studiind din greu, „cu cel puțin o săptămână înainte”. Când te simți anxios în timpul

studiind, el a descris că își simțea inima bătând în viteză și se descurcă „continuându-mi sarcina

pentru a-mi urma programul, îmi permit să mă opresc doar după cină.” În timpul testelor, el

obișnuia să se gândească că „Sunt complet „îngrozit” și „Nu înțeleg”. Pentru a face față, el

ar „încerca să mă izolez într-o bulă și nu aș ieși până nu termin”,

verifica-i de mai multe ori răspunsurile, iar în întrebări deschise scria

mai mult decât era necesar „pentru a se asigura că profesorul numără totul”. Uneori, avea

blocaje mentale, crezând că „trebuie să renunțe” și ar începe să plângă. El ar fi

fie nu trece la următoarea întrebare până nu își amintește răspunsul, fie a terminat

testează cât de curând a putut să se „termine”. După teste, deși a recunoscut el

ar dori să discute răspunsurile cu colegii săi, ar „fuge” pentru a evita

fiind cu „riscul de a greși”.

D. a recunoscut că aceste strategii nu au fost eficiente în reducerea anxietății sale

și îi adusese consecințe negative în concentrare, învățare și

interacțiunea cu colegii de clasă și mai puțin timp pentru a termina testele. Deși el în general

are „note bune”, în acel an a început să aibă note negative la Chimie. D. temeri

ce ar putea crede profesorii, tutorii și părinții săi dacă el are o „notă proastă" („Nu am vreau ca ei să creadă că nu am depus un efort"). De asemenea, nu vrea ca colegii săi „să cred că știu mai puțin decât ei." Când are o „notă proastă", se gândește „Nu am studiat suficient", „Ar fi trebuit să mă pregătesc mai mult" și „Nu voi intra la universitate", declanșând mai multă anxietate.

D. s-a simțit îngrijorat și în prezentările orale: „Când sunt pe locul meu, știu ce am de spus, dar in fata clasei ma blochez, doar citesc si nu iau îmi îndepărtează ochii de la hârtie, ceea ce îmi influențează nota." În plus, se teme și evită interacțiuni sociale (cu adulți și adolescenți), cu excepția celor doi sau trei apropiați prieteni. Evită „să meargă la petreceri dacă nu știu cine merge", „să vorbească străini sau oameni pe care nu îi cunosc bine", și „când trebuie să particip, încerc să o fac rehear see ce am sa spun." În locuri publice, el este de obicei la telefon sau desen, „a nu atrage atenția".

Istorie

Istoricul personal al lui D. a fost obținut din evaluarea de bază folosind semi-interviuri structurate (cf. Evaluare). Dezvoltarea lui D. a avut loc conform așteptărilor, cu fără preocupări semnificative. A crescut într-un oraș din centrul Portugaliei. Întotdeauna a avut o

 temperament timid; a avut câțiva prieteni la școală, dar a preferat întotdeauna activitățile solo.

La 7-8 ani, a suferit agresiune din partea colegilor, care l-au batjocorit ca fiind foarte liniștit și mereu desenat. El credea că acest eveniment i-a exacerbat dificultatea făcând prieteni.

A locuit cu ambii săi părinți și cu fratele său mai mic până la vârsta de ani 13, când părinții lui au divorțat. A avut o relație bună cu ambii părinți, deși mai bine cu tatăl său, întrucât „avem același interes pentru artă" – D. iubește

desen în timpul liber, activitate de care obișnuiau să se bucure împreună. Tatăl său a fost un persoană calmă și rezervată. Când a plecat de acasă, D. a avut „greu” să accepte divorțul, nu doar pentru că îi era dor de tatăl său, ci și „mama mea și-a luat un iubit mult prea repede”, iar la scurt timp a venit să locuiască cu ei. Acest eveniment s-a întâmplat cam în aceeași perioadă D. și-a schimbat școala (în clasa a VII-a), lăsându-și (puținii) c pierzi prieteni. Prezenta simptome depresive, deoarece se simțea obosit, trist și furios „toate timpul”, și-a pierdut pofta de mâncare și a avut probleme cu somnul. În acest moment, „numai computerul jocurile m-au ajutat să scap.” Mama lui s-a îngrijorat și l-a dus la clinică psiholog, care l-a ajutat să „accepte situația și să se îmbunătățească”.

D. a mai spus că nu se simte confortabil acasă, din cauza faptului că nu are atât de mult în comun cu mama, tatăl vitreg sau fratele său. Își vede tatăl din când în când dar regretă că nu a fost mai des, deoarece trăiește departe. Îi place să petreacă timpul cu prietenii care împărtășesc aceleași interese, cum ar fi desenul, benzile desenate și jocurile video. El spune că îi este mai ușor să petreacă timpul singur, deși și-ar dori să fie „mai mult extrovertit.” Prețuiește să rămână concentrat la școală „pentru a intra în cursul pe care mi-l doresc [Computer Engineering]”. În timp ce îi place să deseneze, „Îl văd cel mai mult ca pe un hobby” și nu are în vedere să-l urmeze profesional. În ciuda faptului că nu a suferit presiuni de la părinții săi pentru a excela din punct de vedere academic, el a spus că îi pasă întotdeauna de școală și de a lui note („motivația mea principală”).

D. se descrie ca o „persoană plăcută, care apreciază să-i înveselească pe ceilalți”, și „să discute idei interesante”. Nu-i place să vorbească sau să arate multe despre el însuși, el preferă să „se amestece în”. Când sunt supărat, „Întotdeauna încerc să par cool și calm despre asta, nu spun ce simt cu adevărat.” La începutul intervenției, el locuia cu mama, tatăl vitreg și fratele său, care avea 13 ani la acea vreme. El a fost

se pregătea pentru următoarele teste din perioada școlară și începea să se simtă anxioasă

despre.

Evaluare

Interviu clinic semistructurat

La momentul inițial, D. a fost evaluat online cu Mini-International

Interviu neuropsihiatric pentru copii și adolescenți (MINI -KID; Sheehan et

al., 2010; Versiunea autorizată portugheză de Rijo et al., 2016), cu 2 săptămâni înainte de

începerea programului. MINI -KID este o clinică structurată scurtă și precisă

 Interviu de diagnosticare a anxietății pentru a evalua o gamă largă de tulburări de pe Axa I la copii și

adolescenți, conform criteriilor DSM -5 (APA, 2022), afectarea și durata

simptome. Este organizat în secțiuni de diagnostic, cu întrebări „da/nu”, fiecare

secțiune care începe cu 2 până la 4 întrebări de screening înainte de simptomul suplimentar

întrebări. În timpul interviului, D. a prezentat o voce joasă și o postură timidă,

deși dezvăluind cu ușurință intervievatorului. În afară de TA, principalul său

dificultate (nu sunt acoperite de DSM -5 sau MINI -KID), D. a îndeplinit criteriile pentru Social

Tulburare de anxietate (actuală) și episod depresiv major (în trecut). Informaţii

despre istoria personală a lui D. în acest moment a fost de asemenea adunată.

Testează anxietatea

Întrucât AT nu are criterii de diagnostic, astfel nefiind inclusă în cele existente

instrumente, un interviu semistructurat creat special de autori

(Comprehensive Test Anxiety Interview; Authors, 2022) a fost folosit pentru a înțelege

nivelul și natura TA lui D., la momentul inițial. Acest interviu este împărțit în șase subiecte principale:

a) Informații descriptive și metoda de pregătire (de exemplu, domeniul de studiu, evitarea

strategii în timpul studiului); b) Descrierea generală a AT (de exemplu, nivelul TA perceput

și scurt istoric); c) Anxietate și funcționare înainte, în timpul și după teste (de exemplu, gânduri, senzații fizice și comportamente de siguranță); d) Evaluează percepția și frica de evaluare negativă; e) Deficiența percepției și a așteptărilor motivației la tratament; f) Căutarea anterioară de tratament.

De asemenea, D. a completat Reacțiile la teste pentru adolescenți (RTT -A; Sarason, 1984) de Pires şi colab. (2022a), o scară de 34 de itemi cu scoruri mai mari indicând mai multe niveluri de AT, în patru factori: Tensiune , Îngrijorare , Gândire irelevantă la test și corporal Reacții. Comparând scorurile lui D. la momentul inițial cu valorile medii pentru portugheză băieți, se poate spune că dimensiunile cognitive au fost deosebite proeminent (1 și 2 abateri standard peste medie pentru Testarea gândirii irelevante și respectiv Worry), în contrast cu dimensiunile afectiv-fiziologice.

Alte variabile

Anxietatea de testare este strâns legată de anxietatea socială (Bögels et al., 2010; Pires et al., 2010; al., 2019) , prin urmare, ar fi relevant să se exploreze impactul acestuia din urmă în eficacitatea programului. Versiunea portugheză a Scalei de anxietate socială pentru Adolescents (SAS-A; La Greca & Lopez, 1998) de Pechorro et al. (2016) a fost folosit, cu 22 de itemi și scoruri mai mari indicând niveluri mai ridicate de anxietate socială. Ea cuprinde trei subscale, Frica de evaluare negativă (FNE), Evitarea socială și Distress -Nou (SAD -Nou) și Evitare socială și Distress -General (SAD -Gen) . Scorurile lui D. au fost cu 1 abatere standard peste medie pentru portugheză băieți adolescenți (Pechorro et al., 2016) în scara totală și în cele trei dimensiuni.

Din moment ce AcAdeMiC a vizat sentimente de rușine și o relație interioară bazat pe autocritica, D . a completat Scala de rușine externă și internă (EISS;

 Ferreira et al., 2020; versiunea pentru adolescenți de Cunha și colab., 2021) și Forms of

Scala autocritică și liniștitoare pentru adolescenți (FSCRS; Gilbert și colab., 2004)

de Silva și Salvador (2 010). Scorurile mai mari indică niveluri mai mari ale măsurate

dimensiuni. EISS are 8 articole și evaluează simultan intern și extern

rușine, în timp ce FSCRS are 22 de articole și evaluează modul în care oamenii se autocriticează

(subscala Sine inadecvat), autoatac (subscala Sine urat) sau auto-asigurare

(subscala Reassured Self) în fața eșecului sau a eșecurilor. De remarcat au fost D. 's

scoruri de sine inadecvate, 1 abatere standard peste medie.

Deoarece programul urmărește, de asemenea, să generalizeze câștigurile terapeutice asupra vieții în general,

a fost important să se măsoare nivelul de sănătate mintală generală a lui D. (adică, depresie,

anxietate și stres), și anume, cu versiunea portugheză pentru adolescenți (Pires et al.,

2022b) a scalelor de depresie, anxietate și stres (DASS -21; Lovibond &

Lovibond, 1995). Scorurile mai mari pe aceste trei scale separate indică mai mari

simptomatologie. La momentul inițial, D. a evidențiat depresie și stres scoruri 2 standard

abateri peste medie pentru băieții portughezi (Pires et al., 2022b) .

Autocompasiunea, acceptarea și, respectiv, atenția au fost măsurate,

cu Self-Compassion Scale for Adolescents (SCS -A, 26 itemi; Neff, 2003;

Cunha et al., 2016) , Chestionarul de acceptare și acțiune pentru anxietate de testare pentru

Adolescenți (TA -AAQ -A, 12 itemi; Pires și colab., 2020) și Copilul și Adolescentul

Măsura Mindfulness (CAMM, 10 itemi; Greco et al., 2011; Cunha et al., 2013) .

Minoriile mai înalte au indicat niveluri mai înalte ale fiecărei competențe. În timp ce autocompasiunea era

în intervalul băieților portughezi, atenția și acceptarea erau,

respectiv, 1 și 2 abateri standard mai jos.

În cele din urmă, nivelurile de bunăstare generală ale lui D. au fost măsurate cu Mental

Health Continuum -Short Form (MHC -SF; Keyes, 2002; versiunea portugheză pentru

adolescenți de Matos și colab., 2010) . Acesta cuprinde 14 itemi și subscale

Bunăstare emoțională, bunăstare socială și bunăstare psihologică. Deşi

Nivelurile de bunăstare emoțională ale lui D. au fost cu 1 abatere standard sub medie (Matos et

al., 2010), el era într-o stare generală de sănătate mintală moderată la momentul inițial.

Scorurile lui D. pe măsură la momentul inițial (T0) pot fi găsite în Tabelul 2.

Conceptualizarea cazului

Deși D. a prezentat și criterii de diagnostic pentru tulburarea de anxietate socială

(APA, 2022), această formulare de caz se va concentra asupra anxietății sale de testare y, ținta

Academic. Această conceptualizare urmează principiile integrate ale ambelor CFT

(Gilbert, 2010) și ACT (Hayes și colab., 1999).

D. prezintă manifestările tipice ale anxietăţii de testare şi anume negative

gânduri cu privire la eșec sau competența sa înainte și în timpul testelor, împreună cu

activare fiziologică. Se pare că prețuiește învățarea la școală, așteaptă cu nerăbdare

intrarea într-un curs de licență de inginerie informatică și prețuiește cheltuielile

 timp de calitate cu familia și prietenii săi. Cu toate acestea, în istoria și prezentul lui D.

funcționare, există unele bariere care complică o acțiune pe deplin angajată față de acestea

valorile.

Pe lângă o predispoziție a oamenilor de a fi sensibili și reactiv la

indicii sociale de respingere și incompetență percepută (Gilbert, 2000) și aparent

având o oarecare tendință genetică de a fi un copil timid (ca tatăl său), D. nu părea

să fi dezvoltat un sentiment de siguranță în relațiile lui. La 8 ani avea

a suferit deja mai multe experiențe rușinoase, deoarece a fost în mod constant hărțuit de al său

colegii, care ar fi putut deveni central pentru identitatea lui (Matos et al., 2020).

Pe lângă faptul că divorțul părinților săi este un eveniment semnificativ de viață pentru oricare

copil, în cazul lui D. a avut loc chiar la începutul adolescenței (13), când creierul
este într-o stare permeabilă și sentimentul de identitate începe să se consolideze (Konrad et al., 2013), făcându-l pe D. mai vulnerabil la influențele mediului. De asemenea, tatăl lui era persoana de care era mai aproape și cu care se putea raporta mai mult. Pe la aceeași vârstă, a trebuit să accepte prezența noului partener al mamei sale, și-a schimbat școala și colegii de clasă și și-au lăsat prieteni în urmă, care au fost factori de stres suplimentari la care au contribuit izolarea lui. El nu avea prea mult sentiment de siguranță sau de apartenență acasă, așa cum s-a simțit izolat și neapreciat de familia sa și nu și-a văzut prea mult tatăl.

Prin urmare, el a preferat să se concentreze pe temele sale școlare și pe performanță („principalul meu motivație").

Combinația acestor factori evolutivi, genetici și de mediu influența d dezvoltarea unui sistem de amenințări hipersensibil și vigilent. În paralel, sistemul calmant al lui D. a fost sub stimulat. Se pare că a devenit dependent pe temele școlare pentru a simți un scop și valoare de sine, ca o modalitate de a te simți în siguranță lumea, ceea ce se traduce prin supraactivarea sistemului de acționare care servește amenințarea sistem.

Înainte sau în timpul testelor, sistemul lui de amenințări este activat, cu gânduri despre eșec (de exemplu, „nu am studiat suficient", „nu voi putea intra la universitate"), frică a evaluării negative („Nu vreau să creadă că nu am depus un efort"), și chiar și comparație socială (de exemplu, „Nu vreau ca colegii mei să creadă că știu mai puțin decât le "), alături de sentimente de anxietate și activare fiziologică. În acestea situații, el se contopește cu aceste gânduri și judecăți despre sine (sinele conceptualizat) sau performanța sa (fuziunea cognitivă), deturnându-i atenția din momentul prezent și din sarcini și situații importante (pierderea contactului cu momentul prezent).

Pentru a aborda aceste griji și în încercarea de a-și reglementa sistemul de amenințări, D.

își evită sentimentele și gândurile (evitarea experiențială). El nu-și permite

a opri studiul, angajându-se într-un studiu excesiv. În timpul testelor, el verifică întotdeauna

răspunsurile sale și scrie mai mult decât răspunsurile necesare. În schimb, el blochează,

uită materialul, se oprește și pur și simplu începe să plângă, schimbând între a fi contopit cu

gândurile sale despre evaluarea competenței sale (de exemplu, „Nu înțeleg asta”) sau ale lui

experiențe emoționale (de exemplu, „Sunt speriat”) și terminarea rapidă a testului

Sectiunea Articole

Studiu de caz al unei intervenții-pilot pentru testul de anxietate a adolescenților 51 modul fără minte. După teste, își evita colegii de clasă, pentru a evita să fie confruntat

cu „riscul de a greși”.

Aceste comportamente sugerează dereglarea și hiperactivarea riscului său

sistem, dar și a sistemului său de propulsie. Aceste două sisteme par să funcționeze pe a

buclă, unde acesta din urmă încearcă în mod constant să răspundă pericolului (de asemenea constant).

depistarile celor dintâi. Posibilitatea de a găsi o soluție care denotă

flexibilitate psihologică (de exemplu, luați pauze de studiu, efectuați o scurtă conștientizare

practica plină de compasiune pentru a fi pus la pământ și a relua testul mai concentrat) este

greu accesibil din cauza subactivarii analogice a sistemului de calmare. Ca a

nu se atinge sentimentul de siguranță, apare mai multă autocritică, agravând amenințarea -

bucla de antrenare. Cu toate acestea, deși inutil, în lumina unui evolutiv și

abordare plină de compasiune, aceste comportamente pot fi conceptualizate ca cele mai bune eforturi ale lui D.

să fie văzut ca valoros și competent și să se simtă în siguranță, având în vedere experiențele sale

și influențele mediului.

Cu toate acestea, aceste strategii de siguranță nu ajung doar să aibă neintenționat

consecințe, dar devin ei înșiși o problemă. Ele provoacă tulburări de concentrare

în timpul studiilor și testelor, mai puțin timp pentru a termina testele (rezultând uneori negativ note), mai puține oportunități de a discuta materialul cu colegii de clasă și mai puține timp de calitate cu prietenii și familia lui. Aceasta, la rândul său, creează un cerc vicios, întărirea temerilor de bază ale lui D. de evaluare negativă (de exemplu, de a fi perceput ca incompetent) și lucrând împotriva acțiunii sale comise, deoarece prețuia să-și petreacă timpul cu familia și prietenii lui.

Cursul de tratament și evaluarea progresului

Terapeutul lui D. din program a fost psiholog al clinicii cu avansat antrenament în abordări bazate pe compasiune, acceptare și mindfulness. D. lui tratamentul a progresat fără probleme prin cele patru module AcAdeMiC și cele 12 sesiuni (al căror conținut este rezumat în Tabelul 1 pentru o înțelegere concomitentă a procesului său terapeutic). Toate modulele au inclus atât expozitive, cât și experiențiale tehnici și exerciții (și interactive). Ultimele trei sesiuni au avut loc când D. era în desfășurare faza de examene școlare anuale (iunie 2021).

Modulul 1 (Sesiunile 1 -2)

Acest modul inițial a fost dedicat psihoeducației privind mintea natura în general și anxietatea și anxietatea de testare în special. D. a iniţiat programul cu curiozitate și interes dar puțină reticență, care era ușor de înțeles date fiind dificultățile sale de anxietate socială. A fost atent și receptiv la explicația naturii minții, a celor trei sisteme de reglare a emoțiilor și a funcţia anxietăţii de testare în acest cadru evolutiv. A fost „uşurat” să recunoască că sentimentul de anxietate nu era vina lui și că nu era doar un produs secundar al lui

 influențelor evolutive și genetice, dar și ale evoluției sale și contextuale

circumstanțe. A înțeles că istoria lui l-a făcut să se simtă dependent de temele școlare

să „simți controlul” și că mintea lui făcea tot posibilul să-l țină în siguranță. Unul dintre exercițiile din sesiunea 2 a fost de a formula (printr-un desen schematic) modelul său de testați anxietatea în cele trei sisteme de reglare emoțională, în care D. a folosit un exemplu de situație de studiu: supraactivarea sistemului de amenințări și a drive-ului sistem, în timp ce sistemul de calmare rămâne sub activat. A desenat cercul lui sistem de amenințări destul de mare, inclusiv exemple de gânduri (testul va fi foarte dificil), senzații corporale (încălcarea inimii, senzație de căldură) și emoții (anxietate). El și-a atras sistemul de propulsie la fel de mare, de asemenea, cu exemple de gânduri (trebuie să studiez mai greu), senzații corporale (agitație generală) și comportamente (studiul pentru mai mulți ore). A înțeles exercițiul și i-a făcut s ense; ajutorul vizual pentru conceptualizeze anxietatea lui de testare și particularitatea lui bucla de amenințare-drive a fost destul de de ajutor.

Abordarea umanității comune părea să fi rezonat cu el, așa cum el i-a spus terapeutului că „Este bine să știu că alți oameni se simt ca mine”. La sfârșitul din sesiunea 2, el a comentat „Mi-a plăcut foarte mult această explicație a minții noastre, este ușor să înțeleg și să mă facă să văd că anxietatea poate fi normală.” Părea curios despre sistemul liniștitor și despre modul în care îl putea stimula, întrucât era m otivat „să învață să-mi fac față anxietății.” A fost, de asemenea, surprins să-și dea seama că nu avea să-și „oprească” amenințarea și să conducă complet sistemele pentru a face asta, așa cum putea învață să-și continue sarcinile într-o stare mai sigură și mai relaxată.

Modulul 2 (Sesiunile 3 -4)

Acest modul s-a concentrat pe a ajuta la conștientizarea strategiilor de evitare care provin din sistemele de amenințare și de conducere și pentru a clarifica ce valori sunt, ca a motivația de a începe să renunțe la acele strategii și să investească în acțiuni angajate (a face ceea ce este important). Acest lucru permite o atitudine mai pozitivă față de învățare,

situații de studiu și evaluare și recrutează liniștitoare (și, uneori,

sistem de acţionare).

În acest modul, D. a continuat să răspundă și să fie motivat la intervenție.

În exercițiul de clarificare a valorilor, el a putut să-și definească valorile și această practică

era cu adevărat important pentru el, deoarece se simțea „pierdut” în ceea ce privește motivul pentru care era de fapt

încercând din greu să facă tot posibilul la școală. Nu a fost surprins să recunoască că prețuia

fiind „creativ” (legat de interesul său pentru desen), dar a descoperit și că prețuiește

fiind „bună” și „prieten cu mine însumi”, și chiar a definit ca un scop apreciat pentru

săptămâna următoare să încerce să se liniștească în timpul studiului, cu cuvinte care aveau sens

lui (chiar înainte să învețe despre autocompasiune): „Te simți nervos, asta

este în regulă. Veți obține asta”.

El a devenit, de asemenea, conștient de strategiile sale de evitare a anxietății, inclusiv

evitarea discutării materialului după teste cu colegii de clasă, reguli de organizare

camera lui înainte și în timpul studiului, gânduri despre incompetența percepută (de exemplu,

Sectiunea Articole

„Ar fi trebuit să acord mai multă atenție și să nu tratez studiul ca pe un lucru „vulgar””, „Eu

nu va putea înțelege acest lucru la timp pentru test ”, „Nu pot face asta ”), și

studiind fără pauze. Apoi și-a dat seama de costurile acestor comportamente de evitare,

deoarece anxietatea nu numai că nu s-a redus, dar a devenit și mai obosit, și-a pierdut concentrarea,

și și-a pierdut timp de calitate cu prietenii săi, ceea ce înseamnă că acțiunile lui nu au fost în consonanță

cu valorile lui. La sfârșitul sesiunii 4, a fost un scurt rezumat al

competențe care ar fi îmbunătățite pe parcursul sesiunilor rămase și D.

a dezvăluit curiozitatea și motivația de a le cunoaște și de a le practica, așa cum ar face-o

ajută-l să „urmeze valorile mele”.

Modulul 3 (Sesiunile 5 -11)

Al treilea modul este faza mai interventivă și terapeutică a
AcAdeMiC, pentru că în aceste sesiuni sunt prezentate și exersate principalele competențe
care ajută să facă față anxietății de testare, în conformitate cu evoluția și contextul
abordare a funcționării și suferinței umane, și anume mindfulness, sine -
compasiune și acceptare. Înainte de a introduce autocompasiunea, rolul rușinii
iar autocritica a fost, de asemenea, acoperită. Pe parcursul acestor sesiuni, au existat
o psihoeducație asupra conceptelor, și practici și exerciții experiențiale. Printre
acestea, au fost câteva meditații, dintre care unele trimise în format audio ghidat, către
ajuta la stimularea celor trei competențe de bază ale programului în afara sesiunilor.
Conceptul de mindfulness avea sens pentru D., în principal faptul că ar putea
alege să-l folosească „când am nevoie de el", adică atunci când trebuia să acorde atenție
moment prezent sau sarcină (de exemplu, studiul). A fost o meditație introductivă la
concentrați-vă pe respirație, pe care el l-a văzut ca un „moment în care mă puteam opri". „Cu cât eu
concentrat eram pe respirație, cu atât simțeam mai mult inima bătând încet.
De cele mai multe ori, simțeam că nu era nimic în jurul meu și de ce să-mi fac griji. "
La început, a observat „unele gânduri, de exemplu, în timp ce mi-a observat
respirând, am început să mă întreb cum funcționează sistemul respirator și că am avut
am învățat-o în Biologie." Acesta a fost folosit ca un moment suplimentar de psihoeducație, pentru a
întărim natura curioasă și rătăcitoare a minții noastre și că putem pur și simplu
observați-l și reveniți ușor la momentul prezent (în acest caz, la observarea lui
respiraţie). În altă practică care a invitat să sesizeze momentul prezent cu cei cinci
simte: „M-am putut simți mai conectat la locul în care mă aflam și la ceea ce era în jurul meu".
Într-o meditație care a cerut să ne amintim o situație de test care declanșează anxietatea, „M-am simțit
mâinile tremurau și eram din nou nervos ca pe vremea aceea. După un timp, în timp ce mă concentram
pe respirația mea", a putut să-și redirecționeze atenția către sarcină, „și așa cum eram

imaginându-mă făcând testul, am observat că sunt mai puțin nervos”.

Deși era receptiv la toate conceptele și exercițiile, a fost atunci când D.

a învățat despre autocritica în sine și despre autocompasiunea ca modalitate alternativă de

relaționarea cu el însuși și îmbunătățirea lui a început să fie mai evidentă. Când el

a recunoscut prezența criticului său interior într-un exercițiu, l-a descris ca fiind a

silueta neagră, fără chip, care l-a intimidat cu o voce joasă, dar impunătoare („it

 Anxietatea începe să mă atingă în umăr și îmi spune că nu am studiat suficient”).

a putut, de asemenea, să înceapă să-și stimuleze sistemul liniștitor și să ușureze acest critic interior

printr-un exercițiu de atingere liniștitor, despre care a descoperit că nu era decât să-și odihnească

mâinile în poală. A spus că a început să folosească această atingere ori de câte ori se simțea tulburat sau

anxios, în timpul studiilor sau testelor. El a afirmat cât de mult îi plăcea să învețe despre sine -

compasiunea și practicile aferente. Într-un exercițiu care a invitat să-și imagineze

prieten plin de compasiune (partea din noi, conectată în sistemul nostru liniștitor, care calmează și

ne încurajează în momentele grele), întrucât îi place să deseneze, l-a desenat ca personaj

el a creat intenționat, cu un nume și mesajul „Prietenul meu plin de compasiune poate

ajută-mă când am nevoie și să observ momentul prezent.” Prietenul său plin de compasiune

i-a oferit curajul și înțelepciunea de care aveau nevoie pentru a începe să învețe să-și accepte anxietatea

și gândurile legate de eșecul lui. În special, în sesiunea mai dedicată

acceptare plină de compasiune, după o meditație care a invitat să sesizeze și să lase un dificil

emoția fie, el a recunoscut că „anxietatea mea este încă acolo, dar acum știu că pot pur și simplu

observați-l, înțelegeți de unde vine și lăsați-l aici cu mine. nu am

să-l alungi.” Exercițiul cu care D. a rezonat cu atât mai puțin a fost unul plin de compasiune

exercițiu de defuzare, care a invitat să observe, să se detașeze și să mulțumească cu compasiune

mintea noastră pentru un gând. El a simțit că „nu a funcționat prea bine pentru mine”, așa cum a preferat

alte practici.

În acest modul, el a învățat și a practicat, de asemenea, bunătatea iubitoare, a

sentiment de bunătate care nu implică neapărat suferință (cum ar fi autocompasiunea

practici), și, de asemenea, conectat în sistemul liniștitor, că el ar putea crește și în al lui

viața de zi cu zi pentru a-și spori bunăstarea. Îi plăcea practica care cere să-și dorească

bunătate iubitoare față de o persoană iubită și a constatat că aceasta este o „alternativă bună pentru a vedea viața”.

La finalul acestui modul, D. intra într-o fază de pregătire pentru examen și

simțea niveluri suplimentare de stres. Cu toate acestea, pe măsură ce tratamentul a progresat, D . a fost

devenind mai deschisă și mai participativă.

Modulul 4 (Sesiunea 12)

Ultimul modul, care corespundea ultimei sesiuni, i-a fost dedicat

iubitoare -bunătate, recunoștință, auto-compasiune, generalizarea câștigurilor terapeutice și

prevenirea recidivelor. Au fost niște ultime practici, conținutul programului a fost

rezumate, și au fost reținute tehnici și exerciții, cu scopul de a

menținerea schimbării și a bunăstării în timp.

Schimbarea terapeutică la D. a fost evidentă în această ultimă sesiune. Deși era

trecând printr-o fază de pregătire pentru examen (cu stres suplimentar), și timidul lui

temperamentul era încă evident, expresiile feței și limbajul non-verbal erau

deschis și curios. A continuat să practice bunătatea iubitoare și în această ultimă sesiune

și-a îndreptat acest sentiment către sine, cu fraze pe care le-a creat într-un alt exercițiu, așa

Sectiunea Articole

Studiu de caz al unei intervenții-pilot pentru anxietatea de testare a adolescenților 55 „pot să mă pot bucura de propria mea companie”, „fie să am curajul să mă liniștesc”.

eu însumi și să fiu cu mine însumi”, și „fie-mi să găsesc pacea și fericirea”.

El a integrat practicile de recunoștință ca fiind cu adevărat semnificative pentru el și el

părea dornic să dorească să le folosească în continuare, deoarece „chiar și lucrurile mici ar putea însemna

sentimente fericite.” A descoperit chiar unele lucruri pentru care era recunoscător într-unul dintre

subiectele pe care le-a simțit cel mai mult (Chimie), cum ar fi bunătatea profesorului și a profesorului

mod util în care a pregătit clasa pentru examen. În exercițiul scrisorilor de compasiune,

care l-a invitat să scrie o scrisoare ca prieten plin de compasiune către viitorul său sine, el

a scris „Nu este ușor să fii cu anxietatea ta și să-ți urmezi valorile, știu. Dar

amintiți-vă, puteți depăși durerea. Am încredere în tine și sunt mereu aici să te ajut”.

Acest lucru a fost emoționant pentru el și a spus că a simțit „confort și acceptare”.

La final, el a spus că este recunoscător pentru intervenție „și pentru

oportunitatea de a învăța alternative pentru a face față anxietății mele”, și a încheiat cu „Este

Bine să știu că atunci când mă simt trist sau singur, am pe cineva care să mă ajute în acelea

momente dificile”, referindu-se la prietenul său plin de compasiune.

Factori de complicare

Cursul de intervenție al lui D. a urmat conform așteptărilor și fără complicații majore

au apărut factorii de terapie. Acest lucru este fundamentat în scorurile de îmbunătățire clinică ale lui D.

raportate în Secțiunea 10 (Rezultatele tratamentului). Totuși, câțiva factori minori care împiedică

poate fi referit. În primul rând, deoarece AcAde MiC a fost o intervenție online, nu a existat

oportunitate de contact în persoană. Acest lucru ar fi putut fi deosebit de important

aspectul acțiunii compasionale angajate în ceea ce privește (noul) contact social,

având în vedere anxietatea socială a lui D.. Deși nu a afectat cursul

intervenția sau relația terapeutică, ar fi putut fi un factor de amplificare în

ameliorarea lui D. În al doilea rând, ultimele 3 sesiuni au fost desfășurate în perioada lui D. de

examenele anuale, pe care le considera un factor de stres. Cu toate acestea, ca și conținutul

sesiunile s-au concentrat în mod special pe acest subiect, a fost mai degrabă o oportunitate de a o aborda

in interventie.

Acces și bariere în îngrijire

D. a accesat şedinţele de acasă. El a prezentat practic toate

condițiile necesare pentru a fi implicate în intervenție, cum ar fi accesul la internet

conexiune, căști, cameră web și confidențialitate. Ocazional, deoarece avea unele dificultăți

cu calitatea conexiunii la internet, sesiunile s-au întrerupt puțin, dar au fost

reluat totuși câteva minute mai târziu și livrat corespunzător.

Rezultatele tratamentului

Evaluarea post-tratament (T1) a fost efectuată imediat după Sesiunea 12 și

evaluare de urmărire (T2) la douăsprezece săptămâni după aceea, ambele utilizând măsurile

descrise în Secțiunea 5 (Evaluare). Pentru a calcula îmbunătățirea lui D. de la T0 la T1,

și de la T0 la T2, pe toate dimensiunile, Reliable Change Index (RCI; Jacobson

& Truax, 1991) a fost folosit pentru fiecare scară (și subscală atunci când este cazul). The

RCI este considerat un indicator de încredere pentru a testa eficacitatea unei anumite terapii sau

programului și poate arăta dacă un individ se îmbunătățește sau se deteriorează în comparație

la pretratament. Pragul de îmbunătățire semnificativă la $p < .05$ îi corespunde

un scor de diferență de ±1,96 (scorurile de diferență de ±0,84 sau ±1,28 indică, cu o

interval de încredere de 80% sau, respectiv, 90%, care este real, de încredere și semnificativ

modificarea a fost de asemenea verificată; Wise, 2004). Pentru a determina dacă este detectat

schimbarea este de fapt fiabilă, RCI ia în considerare și datele normative și măsurarea

eroarea scalei (Jacobson & Truax, 1991) . Astfel, RCI este calculat folosind

formula:

RCI =$x2 - x1$

√2($SD0$ √1− α)2

unde x2 reprezintă rezultatele individului în post-tratament/urmărire, x1

reprezintă rezultatele individului în pretratament, SD0 reprezintă

abaterea standard a variabilei dintr-un eșantion normativ, iar α reprezintă internă

consistența scalei în același eșantion. Pentru a calcula RCI, datele de

au fost utilizate probe normative/comunitare pentru fiecare variabilă.

Tabelul 2 raportează îmbunătățirile lui D., care au fost verificate în toate cele evaluate

dimensiuni. În general, tratamentul părea a fi eficient (pre-post; RCI 1) și câștigă

au fost menținute și/sau crescute în timp (trei luni după program

finalizare; RCI 2) indiferent dacă scorurile sunt normative sau peste

media populației la T0. De remarcat mai ales este creșterea clinică

îmbunătățirea anxietății de testare la toate componentele, în special la 3 luni de urmărire.

Este important de reținut că la post-tratament D. era încă în faza de examene,

ceea ce poate explica consolidarea mai mare a acestei îmbunătăţiri la T2. D. e social

nivelurile de anxietate s-au îmbunătățit semnificativ în general, cu excepția factorului Social

Evitare și suferință - Nou. Acest lucru poate fi explicat prin faptul că programul a făcut-o

nu vizează simptomele de anxietate socială și, deși, alte componente ale anxietății sociale

s-a mai bine, acesta este cel în care D. a avut cele mai multe dificultăți (a cunoaște și

interacționarea cu străinii).

Îmbunătățirea a avut loc și în nivelurile de rușine și autocritică ale lui D.. The

competențele vizate de AcAdeMiC par să fi rezonat cu D., ca și al lui

nivelurile de auto-compasiune, acceptare și atenție au crescut. Interesant, auto-

 critica (sinele inadecvat) și autocompasiunea au avut cele mai semnificative schimbări,

mai ales la 3 luni de urmărire, care este aliniată cu ceea ce D. se manifestă în
sesiuni. I-a fost cu adevărat util să învețe să-și liniștească criticul interior cu al lui
prieten plin de compasiune.

Simptomatologia lui generală (depresie, anxietate și stres) s-a îmbunătățit, de asemenea,
împreună cu bunăstarea lui generală, o posibilă reflexie a impulsionării nucleului
competențele programului, precum și dragostea -bunătatea și recunoștința.

La posttratament, D. a fost rugat să evalueze şedinţele cantitativ şi
calitativ. Mai întâi, i s-a cerut să evalueze diferite aspecte ale Programului pe 5 puncte
Scala Likert de la 0 (nimic) la 4 (extrem de). La întrebări referitoare la perceput
eficacitate, D. a considerat ședințele extrem de (4) importante pentru el, foarte (3) de ajutor
în a ajuta să facă față anxietății de testare și cu gânduri și sentimente dificile și asta
relația cu terapeutul a fost extrem de (4) importantă pentru succesul
tratament. Mai mult, el a declarat următoarele cu privire la ședințe:

În aceste sesiuni am învățat multe despre anxietate și despre cum să o controlez, de asemenea
am învățat despre compasiune și cum să o folosesc cu mine și cu ceilalți. m-am gândit
sesiunile au fost cu adevărat informative și m-au ajutat cu adevărat să învăț cum să mă descurc
anxietate.

Aceste informaţii furnizate de D. întăresc şi mai mult eficacitatea şi
relevanța AcAdeMiC în cazul său.

Implicațiile de tratament ale cazului

Acest studiu de caz demonstrează eficacitatea AcAdeMiC la un adolescent
cu vârsta de 17 ani, în ceea ce privește evaluarea cantitativă a anxietății de testare,
rușine, autocritică, auto-compasire, acceptare, atenție, bunăstare și
variabile suplimentare, cum ar fi psihopatologia generală și anxietatea socială (cf. Tabelul
2). Impactul intervenției observat pe parcursul programului de către terapeut și

utilitatea și eficacitatea percepute de către adolescenți se adaugă și ele la rezultatele promițătoare.

În detaliu, au fost verificate modificări clinice de încredere în toate variabilele evaluate, la

post-tratament și/sau urmărire de 3 luni, chiar și pentru cele prevăzute în normativ

interval la linia de bază. Excepții în aceste îmbunătățiri au fost anxietatea socială la noi

situații și bunăstare socială, iar prima nu a fost o țintă a intervenției.

Contextul pandemiei de COVID -19 i-a obligat pe solicitanții de servicii și

furnizorii de servicii de sănătate mintală să adopte noi modalități de furnizare a serviciilor de sănătate mintală, care în ciuda faptului că au

câteva limitări, a adus, de asemenea, unele beneficii, cum ar fi accesibilitatea sporită la

servicii și intervenții mai rentabile. Acesta a fost cazul lui D., care

altfel nu ar fi putut primi intervenția dacă ar fi fost efectuată

în persoană, din cauza distanței geografice față de terapeut.

Mai mult, este important să rețineți că, în ciuda posibilității

relaţia terapeutică într-o intervenţie online fiind mai intrinsec

 a fost stabilit cu succes și poate fi, de asemenea, cheia pentru D.

îmbunătățire, așa cum a fost de fapt apreciat de el. Dovezile au arătat că online

terapia poate face într-adevăr posibilă o bună alianță terapeutică (Backhaus et al., 2012) .

Trebuie luate în considerare și unele limitări. Deși acest program face parte din

un alt studiu mai amplu, cu acest studiu de caz particular este dificil de determinat clar

dacă îmbunătățirile lui D. s-au datorat AcAdeMiC sau altor variabile externe.

Astfel, studiile viitoare ar trebui să utilizeze un eșantion mai reprezentativ cu un experimental

și un grup de control. De asemenea, toate evaluările au avut loc în timp ce D. era încă în liceu,

făcând dificil să se asigure dacă îmbunătățirile sale clinice vor fi menținute în

tranziția la universitate, o fază critică pentru adolescenții cu dificultăți de anxietate de testare

(Feld & Shusterman, 2015). Studiile viitoare ar trebui să urmeze o lungime extinsă
proiecta.

În ansamblu, ca intervenție individuală, și chiar dacă nucleul vizează și
designul sunt menținute, AcAdeMiC poate fi ajustat cu ușurință pentru fiecare adolescent,
oferind o alternativă de tratament orientată și structurată la programele de grup și la mai puțin
abordări psihoterapeutice ghidate pentru a testa anxietatea.

Recomandări pentru clinicieni și cercetători

Rezultatele acestui studiu de caz oferă un sprijin preliminar pentru
conceptualizarea anxietăţii de testare prin abordarea evolutivă şi contextuală
la funcționarea și suferința umană, precum și pentru adecvarea și eficacitatea
ACADEMIC în reducerea anxietății de testare și îmbunătățirea autocompasiunii, acceptării,
conștientizare și bunăstare. Cu toate acestea, sunt necesare date empirice viitoare pentru extindere
aceste constatări, și anume printr-un proiect de studiu clinic, deoarece constatările din caz
studiile nu reușesc uneori să fie replicate în studii controlate (CONSORT; Moher și colab.,
2010). De asemenea, și după cum sa menționat anterior, ar fi important să urmăriți progresul
adolescenților pe măsură ce trec la universitate, pentru a minimiza riscul de recidivă. Un mai departe
o notă interesantă ar fi relevanța testării acestei intervenții în universitate
elevi și elevi de școală elementară, deoarece anxietatea de testare este foarte răspândită
studenți de toate vârstele (Putwain & Daly, 2014; Segool et al., 2013; Thomas et al., 2017) .
AcAdeMiC a fost construit pentru a fi livrat prin videoconferință, deci toate
trebuie asigurate instrumente tehnice care să asigure desfășurarea corespunzătoare a sesiunilor. La
concluziona, deoarece setarea online are limitări și nu permite personal
contact, ar putea fi deosebit de dificil să detectezi eficient non-verbal și
indicii emoționale asupra pacientului. Prin urmare, terapeutul ar trebui să fie deosebit de atent
si plin de compasiune, fata de pacient dar si ei insisi, pentru care antrenament si

practica personală a abordărilor bazate pe ACT și CFT ar putea fi atuuri utile.

Sectiunea Articole

Studiu de caz al unei intervenții-pilot pentru anxietatea de testare a adolescenților 59

Nota autorilor

Consimțământul pacientului: Atât pacientul, cât și tutorele legal au dat consimțământul lor pentru tratament și pentru includerea informațiilor lor în acest manuscris.

Consimțământul etic: Toate procedurile au în vedere standardele etice ale Comisia de Etică și Deontologie a Facultății de Psihologie și Educație Științe ale Universității din Coimbra, Portugalia și declarația de la Helsinki din 1964 și modificările sale ulterioare sau standardele etice comparabile. Pacientul și juridicul lor tutorele au fost informați despre obiectivele studiului, confidențialitate, participare voluntară, și consimțământul informat scris.

Conflict de interese: Autorii nu declară niciun conflict de interese.

Sprijin financiar: Această cercetare a fost finanțată de doctoratul primului autor Grant (SFRH/BD/143520/2019), sponsorizat de Fundația Portugheză pentru Știință și Tehnologie (FCT), Programul Operațional Capital Uman (POCH) și Uniunea Europeană (UE).

Mulțumiri: Autorii doresc să mulțumească lui „Daniel”, familiei sale, și Consiliul școlii sale.

Referințe

Akinsola, EF și Nwajei, AD (2013). Testează Anxietate, depresie și academic performanță: Evaluare și management folosind relaxare și cognitive tehnici de restructurare. Psihologie , 04(6A), 18 –24. https://doi.org/10.4236/psihic.2013.46A1003

Asociația Americană de Psihiatrie. (2022). Manual de diagnostic și statistic al

tulburări mintale (ed. a 5-a, text rev.) . Asociația Americană de Psihiatrie.

Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, ML, Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice -Thorp,

NM, Lohr, J. și Thorp, SR (2012). Psihoterapie prin videoconferință: A

revizuire sistematică. Servicii psihologice, 9(2), 111 –131. https://doi.org/10.

1037/ A0027924

Beck, AT, Emery, G. și Greenberg, RL (1985). Tulburări de anxietate și fobii:

O perspectivă cognitivă. Cărți de bază.

Bluth, K., Gaylord, SA, Campo, RA, Mullarkey, MC și Hobbs, L. (2016).

Fă-ți prieteni cu tine însuți: un studiu pilot cu metode mixte despre un Sine Conștient -

Programul de compasiune pentru adolescenți. Mindfulness , 7(2), 479 –492.

https://doi.org/10.1007/s12671 -015-0476 -6

Bögels, SM, Alden, L., Beidel, DC, Clark, LA, Pine, DS, Stein, MB și

Voncken, M. (2010). Tulburare de anxietate socială: Întrebări și răspunsuri pentru

DSM -V. Depresie și anxietate, 27(2), 168 –189. https://doi.org/10.1002/

DA.20670

 Bozorgi, A., Mohammadi, R. și Soleymani, S. (2018). Eficacitatea

Terapia de acceptare și angajament privind anxietatea de testare și conceptul de sine în

copiii de școală elementară. Studii preșcolare și școlare elementare, 3(10),

21–44. https://doi.org/10.22054/SOECE.2021.38279.1198

Cowan, CSM, Callaghan, BL, Kan, JM și Richardson, R. (2016). Durata

impactul adversității timpurii asupra indivizilor și descendenților acestora: potențial

mecanisme și speranță de intervenție. Gene, creier și comportament, 15(1), 155 –

168. https://doi.org/10.1111/GBB.12263

Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A. și Sheikh, A. (2011).

Abordarea studiului de caz. BMC Medical Research Methodology, 11(1), 1 –9.
https://doi.org/10.1186/1471 -2288 -11-100/TABLES/9
Cummings, CM, Caporino, NE, Settipani, CA, Read, KL, Compton, SN,
March, J., Sherrill, J., Piacentini, J., McCracken, J., Walkup, JT, Ginsburg,
G., Albano, AM, Rynn, M., Birmaher, B., Sa kolsky, D., Gosch, E., Keeton,
C. și Kendall, PC (2013). Relația terapeutică în cognitiv -
terapie comportamentală și farmacoterapie pentru tinerii anxioși. Jurnalul de
Consultanță și psihologie clinică, 81(5), 859 –864. https://doi.org/10. 1037/
A0033294
Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto -Gouveia, J. (2013). Copil și Adolescent
Măsura Mindfulness (CAMM): Studiul proprietăților psihometrice ale
Versiunea portugheză. Psicologia: Reflexão e Crítica , 26(3), 459 –468.
https://doi.org/https://doi .org/10.1590/S0102 -79722013000300005
Cunha, M. și Paiva, MJ (2012). Anxietatea textului la adolescenți: rolul auto-
critică și acceptare și conștientizare Abilități. Jurnalul spaniol al
Psihologie , 15(2), 533 –543. https://doi.org/10.5209/rev_sjop. 2012. v15.n2.38864
Cunha, M., Silva, P., Ferreira, C. și Galhardo, A. (2021). Măsurând rușinea în
adolescenți: Studii de validare a Scalei Rușinii Externe și Interne în a
eșantion de comunitate. Forumul pentru îngrijirea copiilor și a tinerilor, 50(6), 971 –989.
https://doi.org/10.1007/s 10566 -021-09607 -3
Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2016). Înțelegerea autocompasiunii în
adolescenți: Studiu de validare a Scalei de autocompasiune. Personalitatea și
Diferențele individuale, 93, 56–62. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.023
Davis on, GC, & Lazarus, AA (2007). Studiile de caz clinice sunt importante în
știința și practica psihoterapiei. În SO Lilienfeld și WT O 'Donohue

(Eds.), Marile idei ale științei clinice: 17 principii pe care fiecare mental

profesionistul din domeniul sănătății ar trebui să înțeleagă (pp. 149 –162). Routledge.

Depue, RA, & Morrone -Strupinsky, J. v. (2005). Un model neurocomportamental al

legături afiliative: Implicații pentru conceptualizarea unei trăsături umane a

afiliere. Științe comportamentale și ale creierului, 28(3), 313 –350.

Feld, L. D. și Shusterman, A. (2015). În oala sub presiune: Stresul elevilor în

licee pregătitoare pentru facultate. Journal of Adolescence , 41(1), 31 –42.

https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2015.02.003

 Ferreira, C., Moura -Ramos, M., Matos, M. și Galhardo, A. (2 020). O măsură nouă

pentru a evalua rușinea externă și internă: Dezvoltarea, structura factorilor și

proprietăți psihometrice ale Scalei Rușinii Externe și Interne. Actual

Psihologie, 41(4), 1892 –1901. https://doi.org/10.1007/S12144 -020-00709 -

0/TABELE/3

Figueir edo, D., Ganho-Ávila, A., Miguel, R., Paulo, M., Nobre-Lima, L., Salvador,

M. do C., Rijo, D. și Vagos, P. (2021). Terapie online centrată pe compasiune pentru

tulburare de anxietate socială în adolescență (CFT@TeenSAD): Date preliminare în

eficacitate pe tot parcursul tratamentului. Psihologic, 64(2), 87 –107. https://doi.org/

https://doi.org/10.14195/1647 -8606_64 -2_4

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. și Sartorius, N. (2015). Spre

o nouă definiție a sănătății mintale. World Psychiatry, 14(2), 231 –233.

https://doi.org/10.1002/WPS.20231

Germer, C. și Neff, K. (2019). Predarea programului Mindful Self-Compassion: A

ghid pentru profesioniști. Presa Guilford.

Gilbert, P. (1998). Ce este rușinea? Câteva probleme de bază și controverse. În P. Gilbert

& B. Andrews (eds.), Rușine: în comportamentul interpersonal, psihopatologie și cultura (p. 3 –36). Oxford University Press.

Gilbert, P. (2000). Relația dintre rușine, anxietate socială și depresie: rolul a evaluării rangului social. Psihologie clinică și psihoterapie , 7(3), 174–189. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1099 -0879(200007)7:3<174:: AID-CPP236>3.0.CO;2 -U

Gilbert, P. (2007). Evoluția rușinii ca marker pentru securitatea relației. În JL Tracy, RW Robins și JP Tangney (eds.), Emoțiile auto-conștiente: Teorie și cercetare (p. 283 –309). Guilford.

Gilbert, P. (2010). Terapia centrată pe compasiune: trăsăturile distinctive CBT Seria . Routledge.

Gilbert, P. (2014). Originile și natura terapiei centrate pe compasiune. britanic Journal of Clinical Psychology, 53(1), 6 –41. https://doi.org/10.1111/ BJC.12043

Gilbert, P. (2019). Explorări în natura și funcția compasiunii. Actual Opinie în psihologie , 28, 108 –114. https://doi.org/10.1016/j.copsyc. 2018.12.002

Gilbert, P. (2022). Terapia concentrată pe compasiune: practică clinică și Aplicații (P. Gilbert & G. Simos, Eds.). Routledge.

Gilbert, P. și Choden. (2014). Compasiunea atentă: Cum știința compasiunii vă poate ajuta să vă înțelegeți emoțiile, să trăiți în prezent și să vă conectați profund cu altii. Noile publicații Harbinger.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, JN v, & Irons, C. (2004). Criticand și a se liniști: o explorare a formelor, stilurilor și motivelor la femei elevilor. The British Journal of Clinical Psychology, 43(1), 41 –50.

https://doi.org/10.1348/014466504772812959

Sectiunea Articole

62 Studiu de caz al unei intervenții pilot pentru anxietatea de testare a adolescenților Gilbert, P. și Irons, C. (2005). Terapii concentrate și antrenament de minte compasiune

pentru rușine și autoatacare. În P. Gilbert (Ed.), Compassion: Conceptualisations,

cercetare și utilizare în psihoterapie (pp. 263 –325). Routledge.

Greco, LA, Baer, RA și Smith, GT (2011). Evaluarea mindfulness la copii

și adolescenți: Dezvoltarea și validarea Copilului și Adolescentului

Măsura Mindfulness (CAMM). Evaluare psihologică, 23(3), 606 –614.

https://doi.org /10.1037/a0022819.supp

Harris, R. (2009). ACT simplificat: un primer ușor de citit despre acceptare și

Terapia prin angajament. Noile publicații Harbinger.

Hayes, LL, & Ciarrochi, J. v. (2015). Adolescentul înfloritor: Folosind acceptarea

și Terapie prin angajament și psihologie pozitivă pentru a ajuta adolescenții să se descurce

emoții, atinge obiectivele și construiește conexiuni. Noile publicații Harbinger.

Hayes, SC (2004). Terapia de acceptare și angajament, cadrul relațional

Teoria și al treilea val de terapii comportamentale și cognitive. Comportament

Terapie , 35, 639 –665. https://doi.org/https://doi.org/10. 1016/j.beth.2016.11.006

Hayes, SC, Strosahl, KD și Wilson, KG (1999). Acceptare și angajament

terapie: O abordare experientiala a schimbarii comportamentului. Presa Guilford.

Jacobson, NS, & Truax, P. (1991). Semnificația clinică: o abordare statistică a

definirea schimbării semnificative în cercetarea psihoterapiei. Jurnalul de Consultanță

și Psihologie clinică, 59(1), 12 –19. https://doi.org/10.1037//0022 -

006X.59.1.12

Kabat -Zinn, J. (1994). Oriunde te-ai duce, acolo ești: meditație Mindfulness în

viata de zi cu zi. Hyperion.

Kaufman, G. (1996). Psihologia rușinii. Springer.

Keyes, CLM (2002). Continuumul sănătății mintale: de la lânguire la

înflorind în viață. Journal of Health and Social Research, 43(2), 207 –222.

https://doi.org/10.2307/3090197

Kirby, JN (2017). Intervenții de compasiune: programele, dovezile și

implicații pentru cercetare și practică. Psihologie și psihoterapie: teorie,

Cercetare și practică, 90(3), 432 –455. https://doi.org/10.1111/PAPT.12104

Konrad, K., Firk, C. și Uhlhaas, PJ (2013). Dezvoltarea creierului în timpul

adolescență: perspective neuroștiințifice în această perioadă de dezvoltare.

Deutsches Ärzteblatt International , 110(25), 425. https://doi.org/10.3238/

ARZTEBL.2013.0425

La Greca, AM și Lopez, N. (1998). Anxietatea socială în rândul adolescenților: legături

cu relații între semeni și prietenii. Jurnalul de psihologie anormală a copilului,

26(2), 83 –94. https://doi.org/10.1023/a:1022684520514

Leaviss, J. și Uttley, L. (2015). Beneficiile psihoterapeutice ale compasiunii concentrate

terapie: o revizuire sistematică timpurie. Medicină psihologică, 45(5), 927 –945.

https://doi.org/10.1017/S0033291714002141

Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J.,

Turn er, S., Hayes, SC și Tengström, A. (2015). Eficacitatea

Terapia de acceptare și angajament pentru sănătatea mintală a adolescenților: suedeză

Studiu de caz al unei intervenții-pilot pentru anxietatea de testare a adolescenților 63 și rezultatele pilot australiene. Journal of Child and Family Studies , 24(4),

1016 –1030.

Lovibond, PF și Lovibond, SH (1995). Structura emoțională negativă

afirmă: Comparația scalelor de stres pentru anxietate depresivă (DASS) cu

Inventarele de depresie și anxietate Beck. Cercetare și terapie comportamentală, 33(3), 335 –343. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0005 -7967(94)00075 -U
Lowe, PA, Lee, SW, Witteborg, KM, Prichard, KW, Luhr, ME, Cullinan, CM, Mildren, BA, Raad, JM, Cornelius, RA și Janik, M. (2008). The Inventarul de anxietate de testare pentru copii și adolescenți (TAICA): Examinare ale proprietăților și psihometrice ale unei noi măsuri de testare multidimensionale anxietate în rândul elevilor de școală primară și gimnazială. Jurnalul de Evaluare psihoeducaţională, 26 (3), 215 –230. https://doi.org/10.1177/07342 82907303760
Matos, A.P., André, R.S., Cher pe, S., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A.M. (2010). Studiu psihometric preliminar al Continuumului Sănătății Mintale – Scurt Formular – pentru tineri dintr-un eșantion de adolescenți portughezi [Psihometric studiu preliminar al MHC-SF-pentru tineri la un eșantion de adolescenți portughezi]. Psihologic , 53, 131 –156. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_7
Matos, M., Steindl, S., Gilbert, P. și Pinto-Gouveia, J. (2020). Păcat amintirile că modelează cine suntem. În J. N. Kirby & P. Gilbert (eds.), Making an Impact in Sănătatea mintală: aplicațiile cercetării psihologice. Routledge.
Melo, A., Pinto-Gouveia, J., & Pereira, A. (2006). Anxietate de testare: impact asupra sănătății mintale a studenților universitari [Test Anxiety: Impact on mental sănătatea studenţilor]. În Edițiile ISPA (Ed.), Proceedings of the 6th Congress Psihologia Sănătății Naționale (p. 123).
Miri, S., & Mansouri, A. (2018). Eficacitatea acceptării și angajamentului Grup de terapie despre perfecționism și anxietate de testare la studenți. Clinic Fizicologie și personalitate, 15(2), 17 –26. https://doi.org/https://doi.org/ 10. 22070/CPAP.2020.2813

Moher, D., Hopewell, S., Schulz, KF, Montori, V., Gøtzsche, PC, Devereaux, P.

J., Elbourne, D., Egger, M. și Altman, DG (2010). CONSORT 2010

explicație și elaborare: Orientări actualizate pentru raportarea grupului paralel

studii randomizate. Journal of Clinical Epidemiology, 63(8), 1 –37.

https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.004

Neff, KD (2003). Dezvoltarea și validarea unei scale de măsurare a sinelui -

compasiune. Sine și identitate, 2, 223 –250. https://doi.org/10.1080/ 152988

60309027

O'Driscoll, D. și McAleese, M. (2022). Rolul protector al autocompasiunii asupra

testați anxietatea în rândul adolescenților. Pastorala in Educatie . https://doi.org/

10.1080/02643944.2022.2054021

Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică. (2017). PISA 2015

Rezultate (Volum III): Bunăstarea elevilor. (PISA). OCDE. https://doi.org/

10.1787/9789264273856 -en

Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, JA și Norgate, R. (2014). Când apare anxietatea

ajută sau împiedică performanța testului cognitiv? Rolul memoriei de lucru

capacitate. British Journal of Psychology, 105(1), 92 –101. https://doi.org/10.

1111/ BJOP.12009

Pechorro, P., Ayala -Nunes, L., Nunes, C., Marôco, J., & Gonçalves, RA (2016).

Scala de anxietate socială pentru adolescenți: invarianța de măsurare și

proprietăți psihometrice în rândul unui eșantion școlar de tineri portughezi. Copil

Psihiatrie și dezvoltare umană, 47(6), 975 –984. https://doi.org/10.1007/

s10578 -016-0627 -6

Pires, CP, Hofmann, SG, Putwain, DW și S alvador, M. do C. (2020).

Flexibilitatea psihologică și anxietatea de testare: Rolul de mediere al rușinii externe
și autocritica. 50th EABCT (Asociația Europeană a Comportamentului și
Terapii cognitive) Congres online .
Pires, CP, Hofmann, SG, Putwain, D. W., & Salvador, M. do C. (2022). Vechi este
aur: Reacțiile lui Sarason la teste rafinate într-un eșantion de adolescenți portughezi
[Manuscris în pregătire] .
Pires, CP, Putwain, DW, Hofmann, SG, Martins, DS, MacKenzie, MB,
Kocovski, NL și Salvador, MC (2020). Evaluarea flexibilității psihologice
în situaţii de testare: Chestionarul de acceptare şi acţiune a anxietăţii de testare pentru
adolescenti. Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica , 25(3).
https://doi.org/10.5944/rppc.29014
Pires, CP, Salvador, M . C., & Marta -Simões, J. (2019). Clark și Wells Cognitive
Model pentru tulburarea de anxietate socială: se aplică anxietății de testare? al 5-lea
Congresul Internaţional de Psihologie Clinică şi Sănătăţii asupra Copiilor şi
Cartea de rezumate pentru adolescenți, 187.
Pires, CP, Seab ra, D., Carreiras, D. și Salvador, MC (2022). Depresie, anxietate
și stresul la adolescenții portughezi: dimensionalitate și psihomometrie
proprietățile DASS -21-A [Manuscris în pregătire] .
Putwain, D. și Daly, AL (2014). Testează prevalența anxietății și diferențele de gen
într-un eşantion de elevi englezi de liceu. Studii educaționale , 40(5),
554–570. https://doi.org/10.1080/03055698.2014.953914
Putwain, D. și Symes, W. (2018). Efortul sporit compensează
performanță debilitante test o anxietate? School Psychology Quarterly , 33(3),
482–491. https://doi.org/10.1037/spq0000236
Putwain, DW, Gallard, D., Beaumont, J., Loderer, K. și von der Embse, NP

(2021). Anxietatea de testare predispune bunăstarea slabă legată de școală și

risc crescut de tulburări emoționale? Terapie cognitivă și cercetare, 45(6),

1150 –1162. https://doi.org/10.1007/s10608 -021-10211 -x

Rijo, D., Brazão, N., Barroso, R., Ribeiro Da Silva, D., Vagos, P., Vieira, A., Lavado,

A. și Macedo, AM (2016). Probleme de sănătate mintală la tinerii infractori bărbați

în custodie versus programe bazate pe comunitate: Implicații pentru minori

intervenții în justiție. Psihiatrie și sănătate mintală a copiilor și adolescenților, 10,

40. https://doi.org/10.1186/s13034 -016-0131 -6

 Sanderson, WC (2016). De ce sunt tratamentele psihologice susținute empiric

important. Modificarea comportamentului, 27(3), 290 –299. https://doi.org/10.1177/014

5445 503027003002

Sarason, IG (1984). Stres, anxietate și interferență cognitivă: reacții la teste.

Journal of Personality and Social Psychology, 46(4), 929 –938. https://doi.org/

10.1037// 0022 -3514.46.4.929

Schwandt, TA și Gates, EF (2018). Metodologia studiului de caz. În NK Denzin

& YS Lincoln (eds.), The SAGE Handbook of Qualitative Research (ed. a 5-a,

p. 600 –630). Salvie.

Segool, NK, Carlson, JS, Goforth, AN, von der Embse, N. și Barterian, JA

(2013). Anxietate crescută la test în rândul copiilor mici: școala elementară

răspunsurile anxioase ale elevilor la testarea cu mize mari. Psihologia in scoli,

50(5), 489 –499. https://doi.org/10.1002/PITS.21689

Segool, NK, von der Embse, NP, Mata, AD și Gallant, J. (2014). Cognitiv

model comportamental de anxietate de testare într-un context cu mize mari: un studiu explorator.

Sănătate mintală școlară, 6(1), 50 –61. https://doi.org/10.1007/s12310 -013-9111 -7

Sheehan, D. v., Sheehan, KH, Shytle, RD, Janavs, J., Banno n, Y., Rogers, JE,
Milo, KM, Stock, SL și Wilkinson, B. (2010). Fiabilitatea și valabilitatea
Mini Interviul Internațional Neuropsihiatric pentru Copii și
Adolescenți (MINI -KID). Jurnalul de psihiatrie clinică, 71(3), 17393.
https://doi.or g/10.4088/JCP.09M05305WHI

Silva, C. și Salvador, MC (2010). A Escala das Formas de Autocriticismo e de
Autotranquilização (FSCRS): Caracteristici psihologice și populație
adolescente [Forme de autocriticare și reasigurare: psihometric
proprietăți în populația adolescentă] . Universitatea din Coimbra.

Soares, D. și Woods, K. (2020). O revizuire sistematică a literaturii internaționale a testului
intervenții anxietate 2011 –2018. Pastoral Care in Education , 38(4), 311 –334.
https://doi.org/10.1080/02643944. 2020.1725909

Spielberger, CD și Vagg, RP (1995). Anxietatea de testare: un proces tranzacțional
model. În CD Spielberger & PR Vagg (eds.), Test anxiety: Theory,
evaluare și tratament (pp. 3 –14). Taylor și Francis.

Steinmayr, R., Crede, J., McElvany, N ., & Wirthwein, L. (2016). bine subiectiv -
ființă, anxietate de testare, realizare academică: testarea efectelor reciproce.
Frontiers in Psychology , 6, 1994. https://doi.org/https://doi.org/10.3389/ fpsyg.
2015.01994

Stott, R. (2007). Când capul și inima nu sunt de acord: un aspect teoretic și clinic
analiza disocierii rațional-emoționale (RED) în terapia cognitivă. Jurnal
of Cognitive Psychotherapy , 21(1), 37 –50. https://doi.org/10.1891/088983 907
780493313

Sweeney, GM, Donovan, CL, March, S. și Forbes, Y. (2019). Conectarea la
terapie: percepțiile adolescenților asupra terapiilor online pentru probleme de sănătate mintală.

Intervenții pe Internet, 15, 93–99. https://doi.org/10.1016/J. INVENT .2016.12.001

Sectiunea Articole

66 Studiu de caz al unei intervenții pilot pentru anxietatea de testare a adolescenților Thomas, CL, Cassady, JC și Finch, WH (2017). Identificarea standardelor de severitate

pe scara de anxietate a testului cognitiv: reduceți determinarea scorului folosind clasa latentă

și analiza clusterului. Journal of Psychoeducational Assessment, 36(5), 492 –

508. https://doi.org/10. 1177/0734282916686004

Twohig, MP și Levin, ME (2017). Terapia de acceptare și angajament ca a

tratament pentru anxietate și depresie: o revizuire. Clinicile de psihiatrie din Nord

America , 40(4), 751 –770. https://doi.org/10.1016/J.PSC.2017.08.009

von der Embse, N., Barterian, J., & Segool, N. (2013). Testează intervenții anxietate pentru

copii și adolescenți: o revizuire sistematică a studiilor de tratament din 2000 -

2010. Psychology in the Schools , 50(1), 57 –71. https://doi.org/10.1002/ gropi.

21660

Welford, M. (2010). O abordare axată pe compasiune a tulburărilor de anxietate. Internaţional

Journal of Cognitive Therapy, 3(2), 124 –140. https://doi.org/10. 1521/ ijct.

2010.3.2.124

Wise, EA (2004). Metode de analiză a rezultatelor psihoterapiei: o revizuire a

semnificație clinică, schimbare de încredere și recomandări pentru viitor

direcții. Journal of Personality Assessment, 82(1), 50 –59. https://doi.org/

10.1207/S15327752JPA8201_10

Organizația Mondială a Sănătății. (2016). Creșterea inegale: gen și

diferențele socioeconomice în ceea ce privește sănătatea și bunăstarea tinerilor.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC -No.7 -

Creșterea -inegală -Full-Report.pdf

Wuthrich, VM, Belcher, J., Kilby, C., Jagiello, T. și Lowe, C. (2021). Urmărire

stres, depresie și anxietate în ultimul an de liceu: A
studiu longitudinal. Journal of School Psychology , 88, 18 –30.
https://doi.org/10.1016/J.JSP.2021.07.004
Zeidner, M. (1998). Anxietatea de testare: stadiul tehnicii . Presa Plenum.
Zeidner, M. și Matthews, G. (2005). Anxietate de evaluare. În AJ Elliot & CS
Dweck (Eds.), Manual de competență și motivație (pp. 141 –163).
Presa Guilford.

Sectiunea Articole

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 67 Journal of Evidence-Based Psychotherapies,
Vol. 23, Număr special, martie 2023, 67-94.
10.24193/jebp.2023.1.4

EFICACITATEA ȘI ACEPTABILITATEA VIRTUALULUI IMAGINI REALITATE RESC RIPTING PENTRU PTSD DATORITĂ Abuzului sexual în copilărie: UN STUDIU DE BAZĂ MULTIPLE

Sven van Kuik1, Arnold AP van Emmeri k2*, Willem -Paul Brinkman3,
Elizabeth Uduwa -Vidanalage2, Cliff Schouten2, Arnoud Arntz2
1 PsyQ, Purmerend, Țările de Jos
2 Universitatea din Amsterdam, Amsterdam, Țările de Jos
3 Universitatea de Tehnologie Delft, Țările de Jos

Abstract

Acest studiu a testat eficacitatea și acceptabilitatea imaginilor în realitate virtuală
Rescripting (VR -ImRs) în comparație cu rescrierea convențională a imaginilor
(ImRs) pentru PTSD din cauza abuzului sexual în copilărie (CSA). Opt pacienți adulți
cu PTSD evaluat de clinician din cauza CSA ca diagnostic primar

au participat, dintre care șase au finalizat tratamentul complet. Un non-concurent S-a folosit un design de bază multiplă cu elemente încrucișate, cu aleatoriu lungimi de referință atribuite și condiții de tratament. După valoarea inițială și un 5 - sesiune faza „educație și explorare”, șase sesiuni fie ImRs, fie VR - Au fost administrate ImR-uri, urmate de alte șase ședințe ale tratamentului opus condiție și o urmărire de 5 săptămâni fără tratament. Rezultatul primar a fost simptome PTSD (PCL -5), iar rezultatele secundare au fost negative și emoții pozitive (adăugat PCL -5 itemi), anxietate și simptome depresive (HADS) și cogniții legate de traumă (PTCI). Datele au fost analizate cu regresie mixtă. Rezultatele au arătat o reducere liniară semnificativă a traumei simptome și emoții negative numai în timpul ImRs. Nici un tratament semnificativ au fost găsite efecte asupra emoțiilor pozitive, anxietății și simptomelor depresive pentru ambele condiții de tratament. Ambele condiții de tratament s-au dovedit semnificative efecte pozitive asupra cognițiilor legate de traumă. Acest studiu nu sprijină eficacitatea VR -ImRs în reducerea simptomelor PTSD. Posibil VR -ImRs păstrează oameni de la reprocesarea amintirilor lor, făcându-l mai puțin eficient.

Cuvinte cheie: Tulburare de stres posttraumatic; abuz sexual în copilărie; Virtual realitate; Rescrierea imaginilor; Terapie cognitiv-comportamentală; Studiu clinic.

* Corespondența referitoare la acest articol ar trebui să fie adresată lui Arnold AP van Emmerik, Nieuwe Achtergracht 129 -B, 1018 WS Amsterdam, Țările de Jos .

E-mail: AAPvanEm merik@uva.nl

Sectiunea Articole

68 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) este o afecțiune debilitante care cauzează suferință severă pentru indivizi (American Psychiatric Association, 2013). Fiinţă expus la moarte reală sau amenințată, vătămare gravă sau violență sexuală poate duce la

PTSD. Pacienții care suferă de PTSD continuă să experimenteze din nou evenimentul(e) traumatic(e) în diferite moduri, cum ar fi amintiri supărătoare nedorite, coșmaruri sau flashback-uri, și în plus prezintă simptome de evitare, modificări negative ale cognițiilor sau starea de spirit și creșterea excitării sau a reactivității. Din fericire, există diverse dovezi tratamente bazate pe expunere disponibile, cum ar fi terapii bazate pe expunere, mișcarea ochilor Desensibilizare și reprocesare (EMDR) și rescrierea convențională a imaginilor (ImRs). ImRs este o tehnică de tratament care a fost folosită în PTSD încă de la sfârșitul anului al XX-lea (vezi de exemplu Smucker et al., 1995). Recent, interesul pentru acest tratament a crescut rapid datorită numărului tot mai mare de dovezi care sugerează că ImRs este o intervenție psihologică eficientă pentru PTSD (pentru o revizuire, vezi Arntz, 2012; Morina et al., 2017). Cu aceste dovezi tot mai mari, posibilitățile pentru aplicarea sa s-a extins de asemenea. De exemplu, Jung și Steil (2013) au arătat că ImRs reducerea sentimentelor de contaminare la pacienții cu PTSD din cauza copilăriei abuz sexual, iar Kunze et al. (2017) au arătat că ImR-urile au ajutat la reducerea coşmaruri. Un studiu recent a arătat că ImR este la fel de eficient ca EMDR în reducerea Simptomele PTSD care decurg din trauma copilăriei, cu aproximativ 60 la sută din aceste traume din copilărie fiind abuzul sexual (Boterhoven de Haa n et al., 2020). În Pe scurt, în ImRs terapeutul instruiește pacienții să-și imagineze în mod viu traumaticul memorie, urmată de un script alternativ care este fie alcătuit de pacient, fie terapeut, în funcție de faza tratamentului. Scriptul alternativ de obicei începe în partea cea mai dificilă a memoriei, așa-numitul hotspot și se termină în un scenariu care răspunde mai bine nevoilor emoționale ale pacientului. Pentru un extins explicația fondului, rațiunea și protocolul de tratament vezi Arntz (2012, 2015) și Arntz și Weertman (1999).

Cu toate acestea, ca și în cazul tuturor intervențiilor terapeutice, nu toți pacienții beneficiază

(suficient) din ImRs (Boterhoven de Haan et al., 2020). În primul rând, unii pacienți găsesc este dificil să se genereze un scenariu alternativ de traumă (Arn tz & van Genderen, 2009). De exemplu, evitarea, convingerile disfuncționale sau anumite caracteristici de personalitate poate împiedica formarea unor astfel de scenarii alternative de traumă și astfel eficacitatea ImRs. Alte obstacole pot include pacienții care nu sunt capabili identifica şi activează o memorie relevantă, intervenţia fiind percepută ca nerealiste, pacienții nefiind capabili sau dispuși să adopte perspectiva copilului (Arntz & Weertman, 1999; Arntz & van Genderen, 2009), sau pacienții care nu doresc să se închidă ochii lor în timpul procesului (Arntz, 2015). În al doilea rând, ca și în terapia cognitivă, în unele cogniții funcționale și realiste ale pacienților și scenarii alternative utile de traumă sunt în mod clar acolo, dar le lipsesc convingerea („Știu, dar nu se simte așa”), astfel făcându-le dificil să se implice emoțional (Stott, 2007; Cresswell & Waite, 2009).

Sectiunea Articole

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 69 Pentru pacienții care se confruntă cu aceste dificultăți, imagini în realitate virtuală

rescrierea (VR -ImRs) poate fi o tehnică alternativă puternică din punct de vedere experiențial la rescrie amintiri traumatice și semnificația pe care aceste amintiri îl au pentru ele. Virtual realitatea (VR) ar putea ajuta acești pacienți să vizualizeze evenimentul traumatic și să se angajeze cu ea emoțional (Botella și colab., 2015; Maples -Keller și colab., 2017). În plus, VR poate permite mai mult control asupra experienței, deoarece terapeutul controlează reprezentarea imaginile (Maples -Keller et al., 2017). Există cercetări în creștere care sugerează acest lucru Terapiile bazate pe VR pot fi utile în tratamente pentru o mare varietate de tulburări mintale (Low et al., 2020; Maples -Keller et al., 2017; Morina et al., 2015; Opriş et al., 2012; Gerardi și colab., 2010; Beck și colab., 2007). Există, de asemenea, un consens tot mai mare că VR - terapiile bazate pot fi de ajutor în tratarea PTSD, deși dovezile sunt în mare măsură

limitat la veteranii de război (Van Meggelen, 2022; pentru o revizuire, a se vedea Botella et al., 2015; dar a se vedea Reger et al., 2016 pentru constatările că expunerea imaginară a fost superioară VR - expunere la 12 și 26 de săptămâni de urmărire).

Având în vedere dovezile tot mai mari pentru ImRs (adică non-VR), metode de identificare care ar putea consolida și mai mult efectele pentru anumite grupuri de pacienți este un aspect important pasul următor. Prin urmare, acest studiu exploratoriu de dovadă a conceptului a fost realizat în premieră testul VR -ImRs la opt pacienți cu PTSD din cauza abuzului sexual din copilărie. Noi a utilizat o eficacitate a testării designului încrucișat cu linii de bază multiple neconcurente tratament activ contra timp și atenție nespecifică, cu o comparație a VR - ImR-uri și ImR-uri, cu scopul obținerii preliminare cantitative și calitative date privind eficacitatea și acceptabilitatea VR -ImRs. În plus, am și evaluat fezabilitatea VR -ImRs în îngrijirea de rutină.

Metodă

Participanții

Participanții erau eligibili dacă îndeplineau criteriile PTSD din cauza copilăriei abuz sexual (ca traumatism index) care a avut loc înainte de vârsta de 16 ani. Suplimentar criteriile de includere au inclus: (1) suficientă fluență în limba olandeză pentru a finaliza cercetarea proceduri; (2) să poată participa la ședințe de două ori pe săptămână în timpul perioadei de tratament; (3) sunt de acord să se abțină de la modificări de medicamente sau alte terapii psihologice pentru durata studiului (adică până la cinci săptămâni după tratament). Criterii de excludere au inclus: (1) PTSD din cauza unei traume care au avut loc în ultimele șase luni; (2) acută risc de sinucidere; (3) tulburare psihotică comorbidă; (4) tulburare bipolară comorbi d tip 1; (5) dependența comorbidă de alcool sau droguri; (6) IQ < 80; (7) probleme neurologice (de exemplu, demență); (8) modificări ale medicamentelor sau terapie concentrată pe PTSD în trecut

trei luni; (9) medicație cu benzodiazepină (cu excepția cazului în care se abstine timp de două săptămâni).

Participanții potențiali au fost pe deplin informați, atât verbal, cât și în scris, despre

studiați înainte de a accepta să participe și de a furniza consimțământul informat în scris. Dintre

15 pacienți care au fost examinați pentru eligibilitate, opt participanți au fost incluși și

Sectiunea Articole

70 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală alocată aleatoriu diferitelor lungimi de referință și ordine de intervenție (vezi

Figura 1 pentru fluxul complet al pacientului). Tabelul 1 descrie caracteristicile

participanții. Protocolul de studiu a fost aprobat de comitetul de etică al

Facultatea de Științe Sociale și Comportamentale și preînregistrat în Țările de Jos

Registrul de încercare (ID: NTR7029) .

Figura 1 .

Tabelul 1. Caracteristicile demografice și clinice ale participanților (N = 8).

Media variabilă (SD)/număr (%)

Vârsta (în ani) 38,0 (12,1)

Sex Femeie 5 (63%)

Bărbat 3 (38%)

Starea relațională Cu partenerul 7 (88%)

Niciun partener 1 (13%)

Situație de viață Singur 3 (38%)

Cu partenerul 4 (50%)

Cu părinți sau alți membri ai familiei 1 (13%)

Locuința cu copii 5 (63%)

Educație (cel mai înalt) Școală primară/învățământ primar 3 (38%)

Învățământ secundar inferior 1 (13%)

Sectiunea Articole

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 71 Media variabilă (SD)/număr (%)

Învățământ secundar superior 1 (13%)

Învățământ profesional postliceal 1 (13%)

Universitatea de Științe Aplicate 2 (25%)

Durata PTSD (luni) 191,6 (165,2)

Utilizarea curentă a medicamentelor Antidepresiv 3 (38%)

Tratament anterior Terapie individuală 8 (100%)

Terapie de grup 3 (38%)

Relația de partener/terapie de familie 1 (13%)

Tratamentul de zi 1 (13%)

Tulburare comorbidă Tulburări de dispoziție 4 (50%)

Tulburări de anxietate 4 (50%)

Bulimie nervoasă 1 (13%)

ADHD 1 a (13%)

Problema relației bătrân-copil 1 a (13%)

Ritm circadian - veghe de somn

tulburare; toate subtipurile 1 a (13%)

Număr de tulburări comorbide 2,0 (1,6)

Consumul de alcool sau substanțe 5 (62,5%)

Nota. a Tulburări diagnosticate de clinicieni instruiți.

Proiectarea studiului

Un design de serie de cazuri de referință multiple neconcurente cu cross-over

au fost utilizate elemente, cu o linie de bază variind în lungime între cinci, șase sau șapte

săptămâni pentru a face diferența între efectele de timp și efectele experimentale (Arntz și colab.,

2013). Faza de referință a început cu un pretest și apoi a implicat de două ori pe săptămână

procesează măsurători ale simptomelor PTSD ale pacienților care au continuat pe tot parcursul

studiu până la sfârșitul fazei de urmărire. Faza de referință a fost urmată de un 5 -

sesiune de educaţie şi fază de explorare constând din sesiuni de două ori pe săptămână care

a servit la (1) să construiască o relație terapeutică, (2) să ofere educație despre viitor

tratament și (3) obținerea informațiilor despre scenariile traumatice originale și

informațiile necesare pentru a concepe un scenariu alternativ, util de rescriere,

deoarece lumile VR -ImRs trebuiau pregătite în avans. Educația și

faza de explorare a servit și (4) ca fază de control pentru factorii de tratament nespecifici

cum ar fi atenția, înțelegerea și concentrarea asupra traumatismului și (5) familiarizarea pacienților

cu echipamentul VR într-un mod non-emoțional. După educație și explorare

fază, participanții au fost alocați aleatoriu la una dintre cele două ordine de tratament: (1) șase

sesiuni de tratament cu VR -ImR urmate de șase sesiuni de tratament cu ImR, ambele

administrat de două ori pe săptămână sau (2) șase sesiuni de tratament de ImR urmate de șase tratamente

sesiuni de VR -ImRs, ambele date de două ori pe săptămână. În cele din urmă, atât tratament de 6 săptămâni

fazele au fost urmate de o fază de urmărire fără intervenție de 5 săptămâni pentru a examina

efectele pe termen lung ale tratamentului, după care a fost oferit un tratament regulat dacă era necesar

(vezi Figura 2 pentru o prezentare schematică a designului studiului, inclusiv evaluarea

momente).

Sectiunea Articole

72 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală

Figura 2 .

Rezultatul primar

Simptomele PTSD auto-raportate au fost evaluate cu Lista de verificare PTSD pentru

DSM -5 (PCL -5; Weathers et al., 2013b). Acesta este unul dintre cele mai frecvent utilizate măsoară PTSD atât în mediul clinic cât și în cel de cercetare și are excelent proprietăți psihometrice (de exemplu, consistența internă (α = .94) , fiabilitatea test-retest (r = .82), validitate convergentă (r = .74 la .85) și discriminantă (r = .31 la .60); Blevins și colab., 2015). Intervalul de timp din instrucțiunea PCL -5 a fost modificat de la „în ultima lună” la „de la evaluarea anterioară”, și în cadrul faza de tratament la „de la ultima sesiune”, deoarece participanților li s-a cerut să finalizeze PCL -5 de două ori pe săptămână, făcând numărul total de evaluări PCL -5 37, 39 sau 41 în funcție de lungimea fazei de bază. Articolele PCL -5 sunt evaluate de la 0 ("deloc") la 4 („Extrem de”) rezultând un scor total care variază între 0 – 80, cu scoruri mai mari reflectând o severitate mai mare a simptomelor.

Rezultate secundare

Șapte elemente au fost adăugate la PCL -5 pentru a evalua rușinea, furia, vinovăția, dezgustul, tristețe, anxietate și fericire (Boterhoven de Haan et al., 2020). Aceste articole au fost nu au fost incluse în scorul total PCL -5, dar au fost analizate separat ca doi factori (emoții negative și emoții pozitive).

Modificările în severitatea simptomelor PTSD au fost, de asemenea, evaluate de către instruiți asistenți de cercetare independenți, care erau orbi pentru starea de tratament, cu Clinician - Scala PTSD administrată pentru DSM -5 (CAPS -5), un interviu structurat care evaluează simptomele PTSD în ultima lună (Weathers et al., 2013a). The CAPS -5 oferă un scor de severitate total dimensional variind de la 0 la 80, cu mai mare scoruri care reflectă o severitate mai mare a simptomelor PTSD, un scor dimensional per simptom cluster (simptome de intruziune, simptome de evitare, modificări negative ale cognițiilor și starea de spirit și modificări ale excitației și reactivității) și o evaluare a diagnosticului starea. CAPS -5 are proprietăți psihometrice excelente în diferite populații

(de exemplu, consistența internă (α = .80 până la .90) și fiabilitatea interevaluatori (κ = .90 sau mai mare);

Weathers și colab., 2001).

Scala de depresie a anxietății spitalicești (HADS) a fost utilizată pentru a măsura auto-

au raportat depresie (HADS -D) și anxietate (HADS -A) (Zigmond & Snaith, 1983).

Este format din 14 articole, dintre care șapte măsoară depresia (de exemplu, „Încă îmi place

lucruri de care obișnuiam să-mi plăceau") și șapte măsoară anxietatea („Gândurile îngrijorătoare trec prin

Sectiunea Articole

Virtual Reality Imagery Rescripting 73 my mind "), cu scoruri variind de la 0 (deloc) la 3 (de cele mai multe ori). Total

scorurile pot varia de la 0 la 42. A arătat o consistență internă excelentă (HADS -A: α

= 0,68 până la 0,93 (media α = 0,83); HADS -D: α = .67 până la .90 (media α = .82); Bjelland și colab.,

2002).

Inventarul de cogniții posttraumatice (PTCI) este un auto-raport de 33 de articole

chestionar folosit pentru evaluarea cognițiilor asociate cu posttraumatice

psihopatologie. Este format din trei subscale care măsoară cognițiile negative

despre sine (21 itemi; de exemplu, „Nimic bun nu mi se mai poate întâmpla e"), negativ

cunoștințe despre lume (șapte articole; „Nu poți ști niciodată cine îți va face rău")

și auto-învinovățirea (cinci articole; „Evenimentul s-a întâmplat din cauza modului în care am acționat"), cu

toate articolele au fost evaluate de la 1 („total dezacord") la 7 („total de acord"). PTCI include a

scor total (interval: 33 până la 231) cu consistență internă excelentă (α = .97) (Foa și colab.,

1999).

În cele din urmă, au fost susținute interviuri în profunzime după faza de urmărire (vezi

Anexa 1: Evaluare calitativă în VR -ImRs pentru interviul complet). The

interviuri axate pe perspectivele pacienților asupra tratamentelor, cu un special

concentrați-vă pe acceptabilitatea și fezabilitatea VR -ImRs.

Procedură

Participanții au fost recrutați într-un institut de îngrijire a sănătății mintale din Țările de Jos din mai 2018 până în iunie 2020. PTSD a fost diagnosticat cu CAPS -5 (Weathers et al., 2013a) și tulburările comorbide au fost diagnosticate cu utilizarea Mini Interviu Internațional Neuropsihiatric (MINI -plus; Sheehan și colab., 1998).

După includerea în studiu, și din nou la pre-educare și explorare, pre-tratament (ambele afecțiuni), post-tratament și urmărire (5 săptămâni post-tratament) evaluări, a fost completat setul complet de măsuri de rezultat Qualtrics. În plus, măsura rezultatului primar (PCL -5) a fost finalizată de două ori o săptămână pe parcursul întregii procese.

Randomizarea computerizată a participanților a avut loc după includerea primul participant și a fost executat de o persoană independentă. Participanții au fost randomizat la lungimea inițială și ordinea tratamentului. Dacă un participant a renunțat, alocarea acelui participant a fost repusă în pool, iar alocările rămase au fost din nou randomizate. Traumele tratate pe condiție de tratament au fost împărțite bazat pe temă (de exemplu, abuz sexual, violență, abuz emoțional) și gravitate, astfel încât ambele condiții de tratament au fost aproximativ comparabile în ceea ce privește trauma expunerea participanților, dar cu cel puțin o sesiune per condiție care vizează index traumă (intotdeauna abuz sexual din copilărie). Participanții și terapeutul (în primul rând autor) nu au fost informați cu privire la rezultatul randomizării până la ultima sesiunea fazei de educaţie şi explorare.

Sectiunea Articole

74 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală Tratament și terapeuți

Tratamentul a constat în 12 sesiuni de tratament de 90 de minute, precedate de cinci

sesiuni de pregătire (faza de educaţie şi explorare). Toate sesiunile de tratament au fost inregistrate video. Doi psihologi autorizați (unul dintre ei primul autor) au fost implicat, atât cu experiență în ImRs, cât și în tratamentul PTSD în general. The terapeuții au primit instruire în protocolul de studiu și supravegherea tratamentului pe parcursul studiului de la un expert ImRs (al cincilea autor), folosind înregistrări video ale sesiuni. Protocolul ImRs dezvoltat de Arntz și Weertman (1999) a format baza pentru ambele conditii de tratament. Abateri de la acest protocol au rezultat din faptul că în VR -ImRs, a fost necesar să se selecteze ținta traumei viitoare înainte de următoarea sesiune de la lumile VR -ImR, inclusiv scenariile rescriptate necesare să fie pregătit în avans. Din același motiv, fiecare sesiune a abordat doar una memoria traumei. În plus, în fiecare stare, pacienții au primit trei ședințe pe care terapeutul a intervenit în partea de rescriere urmată de trei ședințe unde pacientii insisi au rescriptat . În cele din urmă, atât în ImRs, cât și în VR -ImRs condiții, reprocesarea traumei a început imediat în prima sesiune de la „rescrierea practicii" obișnuită a fost deja făcută în învățământul precedent și faza de explorare. Un asistent de cercetare a participat la sesiunile VR -ImRs pentru a ajuta controlul echipamentului VR.

Integritatea tratamentului a fost evaluată de doi evaluatori orbi, independenți, care au vizionat casete video selectate aleatoriu cu 18 sesiuni dintr-un total de 96 disponibile benzi, împărțite uniform pe participanți și faze (adică, șase benzi pe fază de tratament, și șase pentru faza de educație și explorare, care a servit drept control pentru cei doi fazele de tratament). Fiecare bandă a fost evaluată utilizând aderarea și competența ImRs Scala, unde fiecare item este evaluat 0 –4 (Boterhoven de Haan et al., 2020). Articole a abordat prezența și ordinea tehnicilor specifice ImRs și competența cu care au fost conduse. Evaluarea medie pentru ImRs a fost 3,44 și media

ratingul pentru VR -ImRs a fost 3,27, ceea ce indică o aderență satisfăcătoare pentru ambele

conditii de tratament. Evaluarea medie pentru casetele din educație și explorare

faza a fost de .12, ceea ce era de așteptat deoarece nu trebuia să fie niciun tratament activ

dat în această fază. Integritatea tratamentului a fost astfel susținută de o semnificativă

diferența dintre faza de educație și explorare față de fazele de tratament

așa cum este determinat de un ANOVA unidirecțional ($F(2,15) = 470,971$, $p < .001$), cu post Tukey

comparativ cu testele hoc care arată o integritate mai mare a tratamentului în timpul fazelor de tratament

la faza de educație și explorare ($p < .001$) și nicio diferență semnificativă

între ambele faze de tratament ($p = .372$).

Echipamente și software

Echipamentul VR a inclus un laptop Alienware, un Oculus Rift Virtual

Căști de realitate cu căști integrate și rolă de control Xbox One. Virtualul

Căștile de realitate au fost capabile să detecteze și să traducă mișcarea capului în mișcare

Sectiunea Articole

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 75 în lumea virtuală. Asistentul de cercetare a navigat în mediu folosind

controlerul Xbox. Mediile și scenariile online au fost construite folosind pre-

obiecte construite (de exemplu, pereți, podele, dulapuri, paturi), clădiri (de exemplu, tribunal, închisoare) și

personaje (bărbat, femeie, băiat, fată) (vezi Brinkman et al., 2022 pentru o imagine vizuală

prezentarea imaginilor reale utilizate în studiul de față).

Când pacienții au intrat în lumea virtuală, li s-a prezentat o scenă

care le prezintă amintirea traumei. Aceste lumi 3D personalizate au fost

preproiectat, folosind un program numit 3D WorldBuilder (Tielman, 2017), bazat pe

informatiile oferite de pacient. Pacienții au luat o perspectivă la persoana întâi și

avatarul folosit pentru pacienți semăna cât mai mult cu pacientul, deși acolo

au fost doar alegeri limitate. Când a fost luată perspectiva copilului, copilul
s-a ales reprezentarea personajului dat. Pacienții nu se puteau mișca
în jurul lumii singuri, în schimb avatarurile lor au fost direcționate prin intermediul
lumea virtuală de către terapeut sau asistent de cercetare scenă cu scenă.

Analiza statistica

Deoarece acesta este un studiu pilot de dovadă a conceptului, este de natură exploratorie. Bazat pe o analiză de putere a priori, datorită proiectării măsurilor repetate în -Ss, un total din 6 participanți a fost necesar să detecteze o diferență cu o dimensiune mare a efectului de f=0,3 între tendințele liniare ale VR -ImRs și ImRs pe parcursul a șase săptămâni (cu o putere [1 -β] de .80, la $p < .05$, 12 aprecieri repetate, presupunând o corelație de 0,7 între măsuri repetate). Dacă această diferență este detectată și este în favoarea ImRs, aceasta sugerează superioritatea ImR-urilor față de VR -ImR și puțin sprijin pentru investigarea în continuare VR-ImR, cel puțin în forma sa actuală. În schimb, o diferență în favoarea VR -ImRs sugerează superioritatea VR -ImRs față de ImR și identifică VR -ImRs ca fiind promițătoare intervenție care merită studiată în continuare. Diferențele cu o dimensiune a efectului care este mai mic decât f=0,3 poate necesita concluzii mai nuanțate cu privire la utilitate de studii ulterioare ale VR -ImRs.

Analiza statistică a fost făcută cu SPSS, versiunea 27 pentru Windows. Bazat pe au fost evaluate cercetări anterioare similare, în cadrul și între efectele tratamentelor folosind analiza de regresie mixtă (Arntz și colab., 2013; Vlaeyen și colab., 2010). Mai exact, diferențele de medii și pante în dezvoltarea în timp a PCL - 5 scoruri între faza de educație și explorare, condițiile de tratament și Faza de urmărire a fost examinată în comparație cu faza de referință. Fixul partea de model a constat în (1) un efect general de timp liniar începând cu timpul = 0 când a fost efectuată prima evaluare a unui participant ("Data în cadrul fazei"), (2) o fază

variabilă care conține fiecare fază ("Fază"), dar cu linia de bază ca fază de referință (astfel contrastând fiecare fază cu linia de bază) și (3) cinci timp centrat în -înăuntru -condiție covariabile (de exemplu, „Timp în ImRs”), una pentru fiecare fază pentru a evalua timp cu fază interacțiuni, adică efecte lineare de timp pe fază (cf. Vlaeyen și colab., 2001). Datorită

 încrucișat, (4) ordinea condițiilor de tratament („Comandă”) și toate

interacțiunile dintre ordine și efectele fixe menționate mai sus au fost adăugate la p artă fixă la controlul efectelor ordinului de tratament.

Partea aleatoare a modelului a constat într-o interceptare aleatorie pentru participant captura între variația rezultatului subiectului, plus ARMA11 pentru subiectul din interior structura de covarianta. Pantele aleatorii pentru a permite variația interindividuală în timp și efectele condiției duc la potrivirea redusă a modelului sau probleme de convergență și au fost prin urmare nu sunt incluse. Strategia analitică a fost de a evalua mai întâi un efect general de timp, lângă pentru a evalua modelul complet cu toți predictorii introduși și apoi pentru a șterge în mod înapoi efectele care implică ordine și timp în cadrul efectelor de fază care au fost nesemnificativ. Dacă efectul de timp principal a fost nesemnificativ, a fost șters la sfârșit pas. Dacă efectele de timp (adică, tendința liniară) în VR -ImRs și ImRs au fost semnificative, au fost testați unul împotriva celuilalt. Dacă totuși una (sau ambele) tendințe ar fi nesemnificativă, o comparație directă a fost considerată învechită. Dimensiunile efectului lui Cohen sd au fost calculate pentru modificarea unei faze în raport cu linia de bază: d = media diferența de rezultat între faza de referință și faza curentă, derivată din partea fixă a regresiei mixte, împărțit la SD-ul evaluărilor de bază.

Deoarece scorurile la PCL -5 au diferit substanțial între participanți, o părtinire în analiză a fost observată, rezultând medii estimate diferite de cele reale mijloace observate. Datorită acestei părtiniri am decis să calculăm variabile centrate pe persoană

pentru scorurile PCL -5 prin scăderea scorului mediu per participant din fiecare
punct de măsurare. Aceasta a rezolvat problema. Raportăm medii și cifre estimate
a scorurilor estimate transformate în spate.

Pentru măsurile secundare ale PCL -5, cei șapte itemi adăugați, an
analiza factorială exploratorie a fost efectuată, în conformitate cu cercetările anterioare (Watson & Telleg en, 1985). Această analiză factorială exploratorie a indicat că cei șase au adăugat PCL -5 elemente care măsurau emoțiile negative (rușine, furie, vinovăție, dezgust, tristețe și anxietatea) s-a încărcat puternic pe un factor, în timp ce elementul care a măsurat fericirea nu se încarcă pe acest factor. Prin urmare, a fost calculată o nouă variabilă ca scor mediu al aceste șase itemi, în timp ce scorul la elementul fericire a fost reținut, făcându-l posibilitatea de a analiza separat emoțiile negative și pozitive. Același analitic strategia a fost utilizată ca rezultatul primar.

Măsurile secundare HADS și PTCI au fost, de asemenea, analizate cu mixt
regresie (AR1 a avut cea mai bună potrivire), fără doar modelarea pantelor în cadrul fazelor au fost disponibile evaluări unice pe fază. Scorurile CAPS -5 au fost analizate cu Wilc oxon Semnat Ranks Test pentru diferența în scorurile totale și McNemar Test pentru remisie din PTSD. În plus, a fost efectuată o analiză tematică de conținut evaluările calitative ale acceptabilității și fezabilității.

Sectiunea Articole

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 77 de rezultate

PCL-5

În comparație cu valoarea inițială, inspecția vizuală a scorurilor totale PCL individuale -5 dintre cei șase participanți sugerează o scădere a acestor scoruri în timpul ImRs și mai mici scoruri în timpul urmăririi. În timpul VR -ImRs, scorurile totale PCL -5 au părut să se îmbunătățească la doar trei participanți (1, 5 și 6) și să crească la ceilalți trei (2, 4 și 8)

(Figura 3; vezi Figura 2 suplimentară pentru elementele emoțiilor negative și pozitive

care au fost adăugate la PCL -5).

Figura 3 .

Nota. Participanții 1, 4 și 5 au fost desemnați aleatoriu pentru a comanda VR -ImRs – ImRs, primind astfel VR -ImRs

înainte de ImRs. Participanții 2, 6 și 8 au fost desemnați să comandă ImRs – VR-ImRs. Data în cadrul fazei: fiecare dată

punct reprezintă aproximativ o jumătate de săptămână, deoarece măsurile au fost evaluate de două ori pe săptămână. PCL -5 = Lista de verificare PTSD pentru

DSM -5.]

Tabelul 2 prezintă rezultatele analizei de regresie mixtă. Educatia

și faza de explorare nu a avut nici un efect asupra scorurilor PCL -5, dar principalele efecte ale ambelor

condițiile de tratament (adică, modificarea la jumătatea fiecărei stări de tratament în comparație cu

inițial) au fost semnificative, la fel ca efectul principal al urmăririi (comparativ cu

linia de bază). Acest lucru arată că, în general, tratamentele au fost eficiente în reducerea PTSD

simptome și aceasta a fost menținută la urmărire. Efectul de timp în cadrul ImRs a fost

semnificativ, în timp ce efectul de timp în cadrul VR -ImRs nu a reușit să atingă semnificație și

prin urmare, a fost șters din model. Dimensiunile efectului ImRs față de valoarea inițială și urmăriți -

 în sus față de linia de bază a fost mare, în timp ce VR -ImRs față de linia de bază a arătat o valoare medie spre mare

dimensiunea efectului (Tabelul 2). După ce au fost calculate dimensiunile efectului, am calculat și

aditiv Cohen 'sd pentru a vedea în ce măsură fiecare fază a contribuit la efectul total.

D-urile lui Additive Cohen au arătat că ImRs era responsabil pentru 73% din total

efect, în timp ce VR -ImRs a fost responsabil doar pentru 17 la sută.

Figura suplimentară 1 prezintă mediile prezise din analiză.

Când toți predictorii au fost introduși efectul liniar al timpului, ordinea, ordinea după fază, toate

timp centrat -înăuntru -efecte de condiție și toată ordinea după timpul centrat -înăuntru - efectele condi iilor au fost nesemnificative ($p > .18$), cu excepția celor foarte semnificative efectul timpului -în cadrul -ImRs ($p = .001$). După ștergerea treptată, efectul timpului - în intervalul -ImRs a rămas singurul efect semnificativ de timp ($p <.001$) care arată o abruptă scăderea simptomelor P TSD în această condiție de tratament. Comandă și comandă până la efectele de fază au fost, de asemenea, nesemnificative, dar au fost păstrate în model pentru control efecte de ordine, așa cum este descris în secțiunea de metodă. Aceste rezultate au arătat că ImRs a avut un efect mult mai mare asupra scăderii simptomelor PTSD auto-raportate decât VR - ImRs a făcut-o și că ordinea în care au fost administrate tratamentele nu le-a afectat rezultate.

Pentru elementele de emoție negativă care au fost adăugate la PCL -5, la fel au fost găsite rezultate ca pentru scorurile totale PCL -5: educația și explorarea nu au avut efect asupra scorurilor emoțiilor negative, dar principalele efecte ale ambelor tratamente condițiile au fost semnificative, la fel ca efectul principal al urmăririi (Tabelul 2). Când toate au fost introduși predictori, din nou toți predictorii menționați mai sus au fost ne- semnificativ ($p > .11$), cu excepția efectului foarte semnificativ al timpului -în -ImRs, care a rămas semnificativă după ștergerea treptată ($p < .001$). După treptat ștergerea, efectul VR -ImRs prin ordin a devenit, de asemenea, semnificativ, sugerând că acesta a contat ce condiție a fost oferită prima (a se vedea figura suplimentară 1). Efect dimensiunile ImR-urilor în comparație cu valoarea inițială și a urmăririi în comparație cu valoarea inițială au fost mare, în timp ce VR -ImR-urile au arătat o dimensiune medie spre mare a efectului. Aditiv Cohen's d's a arătat că ImRs a fost responsabil pentru 69% din efectul total și VR -ImRs pentru 19 la sută.

Pentru elementul de fericire care a fost adăugat la PCL -5, singurul semnificativ efectul principal a fost găsit pentru starea de tratament ImRs. Acest efect nu a durat

cu toate acestea, deoarece la urmărire efectul principal nu a mai fost semnificativ. Dintre toate

predictorii menționați mai sus au introdus niciunul nu a fost semnificativ (p > .10), cu excepția

efectul VR -ImRs prin ordin care a devenit semnificativ după ștergerea treptată a

alte efecte fără n-semnificative (Tabelul 2). Dimensiunile efectului au fost mici spre medii pentru toți

faze, chiar dacă aditivul Cohen 's d a arătat că numai tratamentul

condiţiile au contribuit la efectul total, în timp ce aditivul negativ Cohen 'sd for

follow-up a arătat că efectul fazelor de tratament își pierde o parte din efectul peste

timp.

Sectiunea Articole

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 79 Tabelul 2 . Rezultatele analizelor de regresie mixtă ale PCL -5 total,

scorurile emoțiilor negative și pozitive.

Parametru ß SE Df tp Dimensiunea efectului

Cohen's da Additive

Cohen 'sd

PCL -5 Interceptare totală 8,59 2,26 10,05 3,78 ,003

Comanda -5,09 4,48 10,77 -1,14 .28

EE -1,29 2,21 124,16 -.58 .56 .07 .07

ImRs -9,99 2,89 41,12 -3,46 .001 .90 .70

VR-ImRs -12,40 2,89 40,33 -4,30 <.001 .67 .16

Urmărire -17,87 3,26 15,88 -5,48 <.001 .96 .03

Timp în IRs -2,69 0,76 111,66 -3,56 <.001

EE * ordin -.62 4.39 127.76 -.14 .89

ImRs * comandă .88 5.72 47.07 .15 .88

VR-ImRs * comandă 11,98 6,04 38,45 1,98 ,05

Urmărire * comandă 8,74 6,23 21,01 1,40 ,18

Interceptare negativă .58 .14 13.58 4.05 .001

emotii Comanda -.40 .289 14.52 -1.39 .19

EE -.01 .15 131.50 -.07 .94 .009 .009

ImRs -.66 .19 45.99 -3.50 .001 .92 .76

VR-ImRs -.81 .19 45.17 -4.31 <.001 .68 .21

Urmărire -1.34 .21 18.86 -6.36 <.001 1.11 .13

Timp în IRs -.18 .05 125.73 -3.49 <.001

EE * comanda .18 .29 134.58 .60 .55

ImRs * comanda .18 .38 51.27 .47 .64

VR-ImRs * comanda 1.07 .40 41.26 2.70 .01

Urmărire * comanda .48 .40 24.59 1.19 .25

Interceptare pozitivă -.26 .15 15.33 -1.78 .10

emotii Comanda .39 .30 15.33 1.32 .21

EE -.11 .20 98.02 -.57 .57 -1.00 -1.00

ImRs .47 .22 37.82 2.11 .04 .42 .36

VR-ImRs .44 .22 36.99 1.97 .06 .39 .37

Urmărire .45 .22 19.41 2.04 .06 .40 -.23

EE * ordin -.63 .39 98.02 -1.61 .11

ImRs * comandă -.001 .45 37.82 -.003 1.00

VR-ImRs * comandă -1,03 ,45 36,99 -2,29 ,03

Urmărire * comanda -.53 .44 19.41 -1.20 .25

Nota. EE = educație și explorare; PCL-5 = Lista de verificare PTSD pentru DSM -5. Predictorii au fost codificați ca

urmează: Codificarea fază pentru Linia de referință (4), EE (3); ImRs (2), VR -ImRs (1) și Follow-up (0) astfel încât Linia de referință

a fost categoria de referință; Timp -in -Condiție: 0 pentru măsurători în afara condiției, timp centrat

(cu jumătate de săptămână ca unitate) pentru măsurători în condiții (de exemplu, -2.5, -1.5, -.5, .5, 1.5, 2.5 pentru o săptămână de 3

stare); Codificarea comenzii pentru ImRs -VR (-.5) și VR -ImRs (.5) pentru a corecta ordinea tratamentului

conditii. Beta pentru efectele principale ale fazei reprezintă punctul de timp la jumătatea fazei, nu sfârșitul.

a Mărimea efectului Cohen 'sd = efect t/SD, cu SD derivat din evaluările de bază, așa cum este explicat în Metodă

secțiune și efect egal cu valorile beta ale modelului de regresie mixtă. Valorile pozitive denotă o îmbunătățire.

Mărimile efectului reprezintă efectul la sfârșitul intervenției și au fost corectate pentru ordine.

HADS

Atât pentru scorurile de anxietate, cât și pentru depresie de pe HADS, regresie mixtă

a arătat că educația și explorarea nu au avut un efect principal și că efectele principale

Sectiunea Articole

80 Imagini de realitate virtuală Rescrierea ambelor condiții de tratament nu a fost semnificativă (Tabelul 3). Singurul e semnificativ

efectul principal a fost efectul urmăririi (în comparație cu valoarea inițială) pentru HADS

scoruri de anxietate. Deoarece scorurile HADS au fost evaluate o singură dată după fiecare fază am

nu a putut lua în considerare efectele în cadrul fazelor (pante), așa că au intrat singurii predictori

au fost ordine și ordine după fază. Dintre acești predictori, ordinea a fost semnificativă pentru

Scorurile depresiei HADS, arătând că aceste scoruri au scăzut mai mult atunci când au fost oferite

ImRs ca primă condiție de tratament (vezi Figura 4 suplimentară). Pentru amândoi

condiţiile de tratament au fost găsite mărimi ale efectului mediu spre mare pentru scorurile de anxietate şi

pentru scoruri de depresie o dimensiune a efectului mică până la medie pentru ImR convenționale și a

dimensiune medie spre mare a efectului pentru VR -ImRs. Aditivii lui Cohen au arătat că VR -

ImR-urile au avut o contribuție puțin mai mare la efectul asupra scorurilor de anxietate și depresie

decât ImR-urile convenționale. Scoruri individuale și medii estimate pentru secundar

rezultatele sunt prezentate în Figura 3 și 4 suplimentară.

Tabelul 3 . Rezultatele analizelor de regresie mixte ale scorurilor HADS Anxiety and Depress ion.

Parametru ß SE Df tp Dimensiunea efectului

Cohen's da Additive

Cohen 'sd

Anxietate Interceptare 14,50 1,63 11,97 8,87 <.001

Comanda -7,00 3,27 11,97 -2,14 .05

După momentul inițial -1,33 1,43 18,06 -.93 .36 .25 .25

Post EE -1.33 1.82 23.07 -.73 .47 .25 <.001

Post ImRs -3,33 2,08 22,83 -1,60 .12 .62 .31

Post VR -ImRs -4,17 2,08 22,83 -2,00 .06 .78 .40

Urmărire post -4.83 2.21 18.87 -2.19 .04 .90 -.06

Post linia de bază * comandă -.67 2.86 18.06 -.23 .82

Post EE * comanda .67 3.64 23.07 .18 .86

Post Im Rs * comandă -.67 4.16 22.83 -.16 .87

Post VR -ImRs * comanda 5,00 4,16 22,83 1,20 ,24

Urmărire post * comandă -.33 4.41 18.87 -.08 .94

Interceptarea depresiei 12,50 1,87 8,44 6,69 <.001

Comanda -9,67 3,74 8,44 -2,59 .03

După linia de bază -.83 1.23 19.22 -.68 .51 .14 .14

Post EE -.33 1.65 22.35 -.20 .84 .06 -.09

Post ImRs -2,17 2,00 23,97 -1,08 .29 .37 .23

Post VR -ImRs -3.83 2.00 23.97 -1.92 .07 .65 .40

Urmărire post -2,83 2,22 22,16 -1,28 .22 .48 -.20

După linia de bază * comanda .33 2.47 19.22 .14 .89

Post EE * comanda .67 3.29 22.35 .20 .84

Post ImRs * comanda 1.67 4.00 23.97 .42 .68

Post VR -ImRs * comandă 5,67 4,00 23,97 1,41 ,17

Urmărire post * comandă 3.00 4.45 22.16 .68 .51

Nota. EE = educație și explorare; ImRs = ImR convenționale; HADS = Hospital Anxiety Depression

Scară. Predictorii au fost codificați după cum urmează: codificarea fază pentru începutul liniei de bază (5), după linia de bază (4), post EE (3);

Post ImRs (2), Post VR -ImRs (1) și Post follow-up (0) astfel încât Baseline să fie categoria de referință; comanda r

codificarea pentru ImRs -VR (-.5) și VR -ImRs (.5) pentru a corecta ordinea condițiilor de tratament.

a Mărimea efectului Cohen 'sd = efect/SD, cu SD derivat din evaluările de bază, așa cum este explicat în Metodă

secțiune și efecte egale cu beta modelului de regresie mixtă. Valorile pozitive denotă o îmbunătățire.

Mărimea efectului reprezintă efectul la sfârșitul intervenției și au fost corectate pentru ordine.

Sectiunea Articole

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 81 PTCI

Regresia mixtă a scorurilor totale PTCI a arătat că după educație și

faza de explorare, participanții au avut deja un scor semnificativ mai mic în comparație

la evaluarea de la începutul liniei de bază (Tabelul 4). Educație și explorare

nu a avut un efect principal asupra scorurilor PTCI, dar efectele principale ale ambelor tratamente

condițiile au fost semnificative, așa cum a fost principalul efect al urmăririi (comparativ cu începutul

a liniei de bază). Deoarece scorurile PTCI au fost, de asemenea, evaluate o singură dată după fiecare fază

nu a putut lua în considerare efectele în cadrul fazelor (pante), deci din nou singurii predictori

au fost introduse ordine și ordine pe fază, care toate au fost nesemnificative. Directa

comparația dintre VR -ImRs și ImRs nu a reușit să ajungă la semnificație. Pentru amândoi

condiţiile de tratament au fost găsite dimensiuni medii ale efectului, deşi aditiv Cohen's d's

a arătat că VR -ImRs a contribuit de două ori și jumătate la efect decât

ImR-urile convenționale au făcut-o.

CAPS -5 Severitatea PTSD

Scorul mediu pe CAPS -5 a scăzut de la pre-tratament (Md = 37)

la post-tratament (Md = 5), deși efectul a fost nesemnificativ, probabil din cauza

faptul că doi participanți au experimentat de fapt un scor de severitate mai mare la sfârșitul

tratament (Tabelul 5). Un test de rang semnat Wilcoxon a arătat un statistic non-

reducerea semnificativă a severității simptomelor PTSD conform CAPS -5

în urma tratamentului complet (ambele condiții), z = –1,57, p = .116, cu o

dimensiune medie a efectului (r = .45).

Tabelul 4 . Rezultatele analizelor de regresie mixtă ale scorurilor totale PTCI.

Parametru ß SE Df tp Dimensiunea efectului

Cohen's da Additive

Cohen 'sd

Total interceptare 109,00 17,85 4,80 6,11 .002

Comanda -85,33 35,70 4,80 -2,39 .06

După momentul inițial -12,83 5,99 19,63 -2,14 .05 .23 .23

Post EE -11.33 8.36 20.69 -1.36 .19 .20 -.03

Post ImRs -27,83 10,81 22,13 -2,57 .02 .50 .14

Post VR -ImRs -33,50 10,81 22,13 -3,10 .005 .60 .34

Urmărire post -29,83 12,70 23,13 -2,36 .03 .53 -.14

După linia de bază * comandă 2.33 12.00 19.63 .20 .85

Post EE * comanda 4.00 16.71 20.69 .24 .81

Post ImRs * comanda -15.67 21.63 22.13 -.72 .48

Post VR -ImRs * comanda 13.00 21.63 22.13 .60 .55

Urmărire post *comandă 8.33 25.34 23.13 .33 .75

Nota. EE = educație și explorare; ImRs = ImR convenționale; PTCI = Cogniții post traumatice

Inventar . Predictorii au fost codificați după cum urmează: codificarea fază pentru începutul liniei de bază (5), după linia de bază (4), post EE.

(3); Post ImRs (2), Post VR -ImRs (1) și Post follow-up (0) astfel încât Baseline să fie categoria de referință;

Codificarea comenzii pentru ImRs -VR (-.5) și VR -ImRs (.5) pentru a corecta ordinea condițiilor de tratament.

a Mărimea efectului Cohen 'sd = efect/SD, cu SD derivat din evaluările de bază, așa cum este explicat în Metodă

secțiune și efecte egale cu valorile beta ale modelului de regresie mixtă. Valorile pozitive denotă o îmbunătățire.

Mărimea efectului reprezintă efectul la sfârșitul intervenției și au fost corectate pentru ordine.

Sectiunea Articole

82 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală Tabelul 5 . Scorurile Scalei PTSD, administrate de clinician, pre- și post-tratament per participant

Participant Pre-tratament Post-tratament

1 37 – 13* 3 – 1

2 39 – 16* 48 – 15

4 26 – 9* 7 – 2

5 25 – 11* 3 – 0

6 37 – 13* 2 – 0

8 45 – 16* 52 – 18*

Nota. Primul număr indică severitatea simptomelor PTSD (interval 0 – 80). Al doilea număr

indică numărul de simptome PTSD prezente, adică cu evaluări > 1 (interval 0 – 20). * Indică prezența

a unui diagnostic clinic de PTSD.

Remisie din PTSD

Din cei șase participanți care au terminat tratamentul complet și au fost

evaluate cu CAPS -5 la urmărire, cinci nu au îndeplinit criteriile PTSD

mai mult. Un test McNemar a arătat un efect semnificativ ($p = .031$, 1 coadă).

Constatari suplimentare

Au fost trei subiecte principale (așteptări, satisfacții, plângeri) care au fost evaluate în interviuri calitative pentru a evalua acceptabilitatea relativă și fezabilitatea tratamentelor. În ceea ce privește așteptările, toți participanții au declarat că au făcut-o nu aveți așteptări specifice în ceea ce privește ImR-urile convenționale versus VR -ImRs.

Unii participanți au indicat totuși că sunt deosebit de plini de speranță în ceea ce privește VR -ImRs din cauza declarațiilor pozitive de pe internet. Jumătate dintre participanții intervievați au spus că se așteptau la funcționalități VR mai avansate.

În ceea ce privește satisfacția cu privire la măsura în care ambele tratamente au ajutat să-și atingă obiectivele, doi participanți au spus că ambele tratamente au ajutat și că a combinația dintre ambele tratamente a avut preferința lor. De asemenea, ar recomanda asta pentru alții, chiar dacă un participant a remarcat că pentru persoanele cu dificultăți imaginarea VR -ImR-uri ar fi mai utilă, altfel imR-urile convenționale a fost recomandat. Un participant i-a fost greu să spună care tratament l-a ajutat cel mai mult pentru că imaginile VR au înlocuit imaginile originale cu traume, dar acest participant încă prefera VR -ImR-urile față de ImR convenționale și ar recomanda, de asemenea, VR - ImR pentru alții, deoarece imaginile au fost adaptate la povestea unui anumit pacient.

Cu toate acestea, ceilalți trei participanți au spus că ImR convenționale sunt singurele intervenție care a ajutat și ar prefera să primească imR convenționale când având posibilitatea de a alege și recomanda altora să facă același lucru.

Pentru a evalua realitatea scenariilor, participanții au fost întrebați după fiecare sesiune VR -ImRs în ce măsură au considerat scenariile prezentate realiste (interval: 0 la 100). Aproape toate sesiunile au fost evaluate între 80 – 100, cu doar trei sesiuni evaluate sub 70 ($M = 82,3$; $SD = 10,5$). Bouchard et al. (2004) găsit

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 83 că aceasta este o modalitate fiabilă de a măsura prezența într-o lume virtuală într-un mod minim.

manieră intruzivă.

O plângere exprimată de aproape toți participanții a fost tehnica clătinării

de VR -ImRs. O problemă a fost că software-ul și-a schimbat uneori perspectiva

în timp ce acest lucru nu a fost intenționat (de exemplu, de la victimă la autor sau victimă la elicopter

vedere). În plus, a fost imposibil să se creeze un scenariu VR care să fie replicat exact

amintirile traumatice ale participanților. Acest lucru i-a făcut pe unii participanți să-și folosească propriile lor

imaginația pentru a face scenariul mai asemănător cu propria lor memorie. Un participant

a considerat sobrietatea imaginilor plăcută pentru că a făcut scenariul mai puțin

aversiv. Toți participanții au găsit VR -ImR mai puțin aversive decât ImR convenționale,

cu excepția unui participant care a recunoscut că a închis uneori ochii în timpul

sesiunile VR -ImRs. Unii participanți au avut dureri de cap în timpul VR -ImR,

în timp ce altele au devenit greață, dar nu se poate exclude că acest lucru a fost din cauza

anxietate. De asemenea, ochelarii VR au avut tendința de a se aburi, iar spuma din jurul ochelarilor

s-a udat când participanții erau emoționați, ceea ce făcea incomod de purtat.

O constatare neraportată de participanți, dar observată de terapeut

în timpul tratamentelor VR este că VR-ImR-urile păreau să provoace mai mult corporal

execuții ale scenariilor, cum ar fi deplasarea scaunului înapoi pentru a scăpa de

o imagine, împingând un făptuitor departe și împingând de masă gândindu-se la asta

ar ajuta la menținerea închisă a unei uși prezentate virtual.

În ceea ce privește fezabilitatea, principala constatare a fost că construirea unui scenariu V R a fost nevoie

aproximativ două ore de timp de pregătire pe sesiune. Sesiunea VR -ImRs a avut loc

puțin mai puțin timp decât ImRs, ceea ce face ca timpul total investit per participant să fie în jur de 18

ore pentru VR -ImRs și aproximativ nouă ore pentru ImRs.

Discuţie

Acest studiu pilot pro-de-concept constituie primul explorator

compararea ImRS și VR -ImRs ca tratament pentru PTSD din cauza sexuală în copilărie

abuz. Am folosit o testare de proiectare încrucișată cu linii de bază multiple neconcurente

eficacitatea ambelor tratamente active și compararea VR -ImRs cu ImRs. The

descoperirile sugerează o absență a unor modificări semnificative în timpul VR -ImR, în timp ce

schimbările au fost semnificative în timpul ImRs. Superioritatea ImRs față de VR -ImRs în

reducerea simptomelor PTSD, așa cum este evaluată cu scorul total al PCL -5, poate fi

a încheiat. Nu am observat nicio ameliorare a simptomelor depresive ca

evaluat cu HADS. În ceea ce privește simptomele de anxietate, nu am găsit niciunul

îmbunătățire în timpul fazelor de tratament, deși a existat un efect principal asupra

scoruri de anxietate la urmărire. Cu toate acestea, datorită designului studiului, acestea pe termen lung

efectele pot fi atribuite numai efectului combinat al celor două condiții de tratament.

În ceea ce privește reducerea cognițiilor legate de traumă, atât tratamentul

condițiile au dus la îmbunătățirea cognițiilor legate de trauma, în timp ce condițiile au făcut-o

nu diferă semnificativ unele de altele.

Sectiunea Articole

84 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală Când se analizează rezultatul primar, analizele de regresie mixte au arătat

că pentru fazele de educație și explorare, urmărire și VR -ImRs a existat

nicio dovadă pentru efecte semnificative de timp -înăuntru -condiție. Pentru ImRs totuși

efectul time-in-condition a fost puternic, ceea ce indică faptul că numai ImR-urile au contribuit la a

scăderea simptomelor PTSD în timpul tratamentului în sine. Din moment ce nu exista general

efectul timpului, simpla trecere a timpului poate fi exclusă ca o explicație alternativă, în

concordanță cu cercetările anterioare ImRs (Arntz și colab., 2013). Ordinea lui

condițiile de tratament nu au contribuit la efectul asupra scorului total PCL -5.
În concluzie, am găsit sprijin pentru eficacitatea ImR-urilor în reducerea PTSD simptome datorate abuzului sexual din copilărie, dar nu pentru VR -ImRs. Ambele conditii părea ineficient în reducerea imediată a anxietății și a simptomelor depresive, dar atât ImR-urile, cât și VR-ImR-urile au fost eficiente în reducerea traumei negative cognitii.
Majoritatea participanților noștri au indicat că preferă ImRs sau a combinație a ambelor tratamente doar cu VR -ImRs. Cercetare asupra subiacentei mecanismele sugerează că activarea amintirilor traume perceptive este necesară înainte schimbarea sensului experienței traumatice poate avea loc prin ImRs (Arntz, 2012; Arntz, 2015). Probabil că actualul mediu VR nu a putut să activeze suficient structura fricii participanților, deoarece a fost dificil de realizat virtual recreați „punctele fierbinți" exacte în scenariile de traumă suficient de precis. Reger şi colab. (2016) au sugerat deja acest lucru ca o explicație pentru efectul mai mare al prelungirii expunere la 12 și 26 de săptămâni de urmărire comparativ cu expunerea VR.
Lipsa efectului VR -ImRs s-ar putea datora și designului prezentului studiu, care a necesitat mai multe modificări la protocolul original ImRs. Originalul protocolul constă din șase ședințe succesive în care terapeutul intervine în scenariu traumatic, urmat de șase ședințe în care pacientul îl intervine - sau se. Am schimbat ușor protocolul la trei ședințe în care terapeutul a intervenit urmat de trei sedinte in care pacientul a intervenit. Deși aceasta nu pare să împiedice eficacitatea ImRs, nu este clar dacă acesta a fost și cazul pentru VR -ImRs. De asemenea, s-ar putea argumenta că faptul că scenariul VR -ImRs trebuie să fie pregătit înainte de fiecare sesiune și nu putea fi schimbat în timpul sesiunilor, limitat nostru flexibilitate în timpul rescriptării propriu-zise dacă scenariul o nu se potrivea cu traumatismul

amintirile participantului și/sau direcția rescriptării pe măsură ce s-a dezvoltat

în timpul sesiunii. Cu toate acestea, Ehlers et al. (2005) au constatat că pregătirea unui nou scenariu

în prealabil a fost și eficient în sine, deși în acel studiu și aceste preparate

a inclus modificarea evaluărilor negative prin tehnici de terapie cognitivă (de exemplu,

chestionarea socratică) înainte de a avea loc rescrierea.

Chiar dacă tratamentele au dus la reduceri mari ale simptomelor PTSD

la urmărire, studiile anterioare au arătat o dimensiune a efectului mult mai mare pentru ImRs (Arntz și colab.,

2013; Boterhoven de Haan și colab., 2020; Morina et al., 2017). O explicație pentru acestea

dimensiuni mai mici ale efectului ar putea fi acelea, în contrast cu aceste studii anterioare, participanții

în studiul de față au primit doar șase sesiuni de ImR în loc de cele 12 tipice. Acest

ar putea explica, de asemenea, lipsa efectului ImR-urilor asupra rezultatelor secundare, din nou în

Sectiunea Articole

Virtual Reality Imagery Rescripting 85 contrast cu cercetările anterioare (pentru depresie, vezi Arntz et al., 2013; Boterhoven de

Haan și colab., 2020; pentru anxietate, vezi Morina et al., 2017).

O posibilă critică ar putea fi, de asemenea, că studiul de față a avut un abandon ridicat

(25%) în comparație cu alte studii despre ImR, care au avut rate de abandon de 8,1%

și, respectiv, 0% (Boterhoven de Haan și colab., 2020; Arntz, 2012). Cu toate acestea, cel

rata actuală de abandon este în concordanță cu o meta-analiză a terapiei centrate pe traumă pt

supraviețuitori ai abuzului în copilărie, care a constatat o rată medie de abandon școlar în cadrul studiilor despre

22,3% (Ehring et al., 2014). Motivele invocate pentru abandon în studiul de față au fost

nu este direct legat de VR -ImRs; un participant nu credea că ImRs în general

ar putea ajuta și un participant a abandonat din cauza problemelor logistice la tratament

unitatea (de exemplu, nu a fost avertizat când terapeutul a fost bolnav și nu a trimis indicații noi când

locul tratamentului a fost schimbat).

O altă critică ar putea fi că participanții care au terminat integral
tratamente au fost toate tratate de același terapeut, care este și primul autor. Am încercat
pentru a depăși acest lucru prin implicarea unui al doilea terapeut în studiu, dar din păcate ambele
cei care abandonează au fost tratați de către acest al doilea terapeut.

Un punct forte al prezentului studiu este că am folosit un instrument de chestionar online
care i-a ținut pe terapeuți orbi la datele rezultatelor și a asigurat că evaluările au fost
neinfluenţat de prezenţa terapeutului. De asemenea, terapeuții și participanții au fost
orb la starea de tratament până la ultima sesiune a educaţiei şi
faza de explorare (desigur, utilizarea echipamentelor VR a făcut imposibilă orbirea
participanții și terapeuții la starea de tratament).

În rezumat, studiul de față sugerează că ImRs este superior VR -ImRs în
forma testată. Capacitatea imaginilor umane ar putea să nu fie atât de simplu de îmbunătățit
asupra realității virtuale artificiale. În ciuda dificultăților descrise mai sus, au existat
unele observații promițătoare în timpul VR -ImR, cum ar fi reconstituțiile corporale ale
scenariile de traumă care sugerează potențialul de retrăire intensivă a acestora
scenarii la unii pacienţi. Pentru a oferi VR -ImRs o șansă corectă, studii de VR -ImRs
utilizarea unui software mai avansat și mai ușor de utilizat este foarte necesară. Posibil, adăugând
experiențe multisenzoriale și imagini reale ale făptuitorului la avatarul din
Scenariul VR ar ajuta la activarea structurii fricii. După cum Ma și colab. (2021) punctul
Tehnologiile VR evoluează rapid, astfel încât acestea și alte schimbări sunt probabile
deja posibil cu cele mai noi echipamente.

Maples -Keller și colab. (2017) afirmă că utilizarea tratamentului VR elimină a
barieră potențială pentru persoanele cu dificultăți de imaginare sau de vizualizare. De asemenea, ei
a constatat că unii oameni sunt dispuși să folosească tratamentul VR, dar nu să discute cu un consilier
în persoană. Am constatat că în eșantionul nostru mic de pacienți cu PTSD din cauza

abuzul sexual din copilărie, totuși, niciunul dintre ei nu a avut dificultăți în a-și imagina acestea

amintiri aversive, care ar fi putut contribui la efectul ImR-urilor în timp ce prin -

trecând potențialele beneficii ale VR -ImRs. Utilizarea VR -ImR la pacienții care au

dificultăți de imaginare sau care sunt extrem de evitate pot fi necesare pentru a debloca întregul

potențialul VR -ImRs.

Sectiunea Articole

86 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală

Nota autorilor

Declarații: Sven van Kuik este acum la PsyQ, Amsterdam, Țările de Jos.

Arnoud Arntz a publicat pe Imagery Rescripting și dă ocazional

ateliere de lucru privind rescrierea imaginilor. Remunerația pentru aceste ateliere merge

la Universitatea din Amsterdam pentru a sprijini cercetarea. Nu au fost declarate alte interese.

Mulțumiri: Mulțumim tuturor pacienților și celui de-al doilea terapeut,

[orb], implicat în acest studiu. Îi mulțumim în mod special lui [blind] pentru ajutor

adaptarea software-ului la nevoile noastre specifice.

Finanțare: Acest studiu face parte din proiectul Virtual e-Coaching și

Tehnologia de povestire pentru tulburarea de stres post-traumatic, care este finanțată de

Organizația Olandeză pentru Cercetare Științifică (pr. nr. 314 -99-104).

Referințe

Asociația Americană de Psihiatrie. (2013). Manual de diagnostic și statistic al

tulburări mintale (ed. a 5-a). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Arntz, A. (2012). Rescrierea imaginilor ca tehnică terapeutică: Revizuirea clinică

studii, studii de bază și agenda de cercetare. Jurnalul experimental

Psihopatologie , 3(2), 189 –208. https://doi.org/10.5127/jep.024211

Arntz, A. (2015). Rescrierea imaginilor pentru tulburarea de stres posttraumatic. În NC

Thoma & D. McKay (Eds.), Lucrul cu emoția în cognitiv-comportamental

terapie: Tehnici pentru practica clinică (pp. 203 –215). Presa Guilford.

Arntz, A. și van Genderen, H. (2009). Schema terapie pentru personalitatea limită

tulburare (ed. I). Wiley -Blackwell.

Arntz, A., Sofi, D. și van Breukelen, G. (2013). Rescrierea imaginilor ca tratament pentru

PTSD complicat la refugiați: un studiu de serie de caz de referință multiplă.

Cercetare și terapie comportamentală, 51(6), 274 –283. https://doi.org/10.1016/

j.brat.2013.02.009

Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Tratamentul amintirilor din copilărie: Teorie și

practica. Cercetare și terapie comportamentală, 37(8), 715 –740. https://doi.org/

10.1016/s0005 -7967(98)00173 -9

Beck, JG, Palyo, SA, Winer, EH, Schwagler, BE și Ang, EJ (2007). Virtual

terapia de expunere la realitate pentru simptomele PTSD după un accident rutier: An

serie de cazuri necontrolate. Terapia comportamentală, 38(1), 39 –48. https://doi.org/

10.1016/j.beth.2006.04.001

Bjelland, I., Dahl, AA, Haug, TT, & Neckelmann, D. (2002). Valabilitatea

scala de anxietate și depresie spitalicească. Jurnalul de cercetare psihosomatică,

52(2), 69 –77. https://doi.org/10.1016/s0022 -3999(01)00296 -3

Blevins, CA, Weathers, FW, Davis, MT, Witte, TK și Domino, JL (2015).

Lista de verificare a tulburării de stres posttraumatic pentru DSM -5 (PCL -5): Dezvoltare

și evaluarea psihomometrică inițială. Jurnalul de stres traumatic, 28(6), 489 –

498. https://doi.org/10.1002/jts.22059

Botella, C., Serrano, B., Baños, RM și García -Palacios, A. (2015). Realitatea virtuală

Terapia bazată pe expunere pentru tratamentul tulburării de stres post-traumatic: A

revizuirea eficacității sale, adecvarea protocolului de tratament și acceptabilitatea acestuia.

Boli neuropsihiatrice și tratament, 2533 –2545. https://doi.org/ 10.2147/

ndt.s89542

Boterhoven de Haan, KL, Lee, CW, Fassbinder, E., van Es, SM, Menninga, S.,

Meewisse, ML, Rijkeboer, M., Kousemaker, M. și Arntz, A. (2020).

Rescrierea imaginilor și desensibilizarea și reprocesarea mișcărilor oculare ca

tratament pentru adulți cu tulburare de stres post-traumatic din trauma copilăriei:

studiu clinic randomizat. The British Journal of Psychiatry, 217(5), 609 –615.

https://doi.org/10.1192/bjp.2020.158

Bouchard, S., Robillard, G., St-Jacques, J., Dumoulin, S., Patry, M. și Renaud, P.

(2004). Fiabilitatea și validitatea unei singure măsurători a prezenței în VR.

Proceduri. A doua Conferință Internațională privind Crearea, Conectarea și

Colaborarea prin calcul, 59–61. https://doi.org/10.1109/ au. 2004.

1391882

Brink man, W., van Kuik, S., van Emmerik, AAP, Uduwa -Vidanalage, E., Schouten,

C., Arntz, A. (2022). Capturi de ecran ale instrumentului de rescriere a imaginilor în realitate virtuală.

4TU.ResearchData. Setul de date. https://doi.org/10.4121/21170665.v1

Creswell, C. și Waite, P. (2009). Utilizarea TCC la copii și adolescenți. În

P. Waite & T. Williams (eds.), Tulburare obsesiv-compulsivă: cognitiv

terapie comportamentală cu copii și tineri (TCC cu copii,

adolescenți și familii) (ed. I, pp. 19 –32). Routledge.

Ehlers, A., Clark, DM, Hackmann, A., McManus, F. și Fennell, M. (2005).

Terapia cognitivă pentru tulburarea de stres post-traumatic: Dezvoltare și

evaluare. Cercetare și terapie comportamentală, 43(4), 413 –431. https://doi.org/

10.1016/j.brat.2004.03.006

Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, JM, Freitag, J. și Emmelkamp,

PMG (2014). Meta-analiză a tratamentelor psihologice pentru posttraumatice

tulburare de stres la adulții supraviețuitori ai abuzului din copilărie. Psihologie Clinică

Review , 34(8), 645 –657. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004

Foa, EB, Ehlers, A., Clark, DM, Tolin, DF și Orsillo, SM (1999). The

Inventarul cognițiilor posttraumatice (PTCI): Dezvoltare și validare.

Evaluare psihologică, 11(3), 303 –314. https://doi.org/10.1037/1040 -

3590.11.3 .303

Gerardi, M., Cukor, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, BO (2010). Realitatea virtuală

terapia de expunere pentru tulburarea de stres post-traumatic și alte tulburări de anxietate.

Rapoarte curente de psihiatrie, 12(4), 298 –305. https://doi.org/10.1007/ s11920 -

010-0128 -4

Jung, K. și Steil, R. (2013). Un studiu randomizat controlat privind restructurarea cognitivă

și modificarea imaginilor pentru a reduce sentimentul de contaminare la adult

supraviețuitori ai abuzului sexual în copilărie care suferă de stres posttraumatic

tulburare. Psihoterapie și psihosomatică, 82(4), 213 –220. https://doi.org/

10.1159/000348450

Kunze, AE, Arntz, A., Morina, N., Kindt, M. și Lancee, J. (2017). Eficacitatea

rescrierea imaginilor și expunerea imaginară pentru coșmaruri: o așteptare randomizată -

lista de proces controlat. Cercetare și terapie comportamentală, 97, 14 –25.

https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.0 05

Low, TL, Ho, R., Ho, C. și Tam, W. (2021). Eficacitatea realității virtuale în

Tratamentul tulburărilor alimentare cu epurare excesivă: o meta-analiză. Mâncarea europeană

Disorders Review, 29(1), 52 –59. https://doi.o rg/10.1002/erv.2804

Ma, L., Mor, S., Anderson, PL, Baños, RM, Botella, C., Bouchard, S., Cárdenas -López, G., Donker, T., Fernández -Álvarez, J., Lindner, P., Mühlberger, A., Powers, MB, Quero, S., Rothbaum, B., Wiederhold, BK și Carlbring, P. (2021). Integrarea realităților virtuale și a psihoterapiei: analiză SWOT pe VR și tratamente bazate pe MR ale tulburărilor legate de anxietate și stres. Cognitiv Terapia comportamentală, 50 (6), 509 -526. https://d oi.org/10.1080/16506073. 2021. 1939410

Maples -Keller, JL, Bunnell, BE, Kim, SJ și Rothbaum, BO (2017). Utilizarea a tehnologiei de realitate virtuală în tratarea anxietății și a altor psihiatrice tulburări. Harvard Review of Psychiatry, 25(3), 103 –113. https://doi.org/10.1097/ hrp.0000000000000138

Morina, N., Ijntema, H., Meyerbröker, K. și Emmelkamp, PMG (2015). Can castigurile terapiei de expunere la realitate virtuala sa fie generalizate la viata reala? O meta-analiza studiilor care aplică evaluări comportamentale. Cercetarea comportamentului și Terapie, 74, 18–24. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.010

Morina, N., Lancee, J. și Arntz, A. (2017). Rescrierea imaginilor ca punct clinic intervenție pentru amintirile aversive: O meta-analiză. Jurnalul de Comportament Terapie și psihiatrie experimentală, 55, 6–15. https://doi.org/10.1016/ j.jbtep.2016.11.003

Opriş, D., Pintea, S., García -Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, Ş., & David, D. (2012). Terapia de expunere la realitate virtuală în tulburările de anxietate: un cantitativ meta-analiză. Depresie și anxietate, 29(2), 85 –93. https://doi.org/ 10.1002/ da.20910

Reger, GM, Koenen -Woods, P., Zetocha, K., Smolenski, DJ, Holloway, KM, Rothbaum, BO, Difede, J., Rizzo, AA, Edwards -Stewart, A., Skopp, NA,

Mishkind, M., Reger, MA și Ga hm, GA (2016). Controlat aleatoriu
încercare de expunere prelungită folosind expunerea imaginară vs expunerea la realitate virtuală
la soldații în serviciu activ cu tulburare de stres posttraumatic legată de desfășurare
(PTSD). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84(11), 946 –959.
https://doi.org/10.1037/ccp0000134
Sheehan, DV, Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Amorim, P., Janavs,
J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, GC (1998). M ini-

interviu internațional neuropsihiatric (MINI): Dezvoltarea și
validarea unui interviu psihiatric diagnostic structurat pentru DSM -IV și
ICD-10. Journal of Clinical Psychiatry, 59(20), 22 –33.
Smucker, MR, Dancu, C., Foa, EB, & Niederee, JL (1995). Rescrierea imaginilor:
Un nou tratament pentru supraviețuitorii abuzului sexual din copilărie care suferă
stres posttraumatic. Journal of Cognitive Psychotherapy , 9(1), 3 –17.
https://doi.org/10.1891 /0889 -8391.9.1.3
Stott, R. (2007). Când capul și inima nu sunt de acord: un aspect teoretic și clinic
analiza disocierii rațional-emoționale (RED) în terapia cognitivă. Jurnal
of Cognitive Psychotherapy , 21(1), 37 –50. https://doi.org/10.1891/08898390
7780493313
Tielman, ML, Neerincx, MA, Bidarra, R., Kybartas, B. și Brinkman, W. (2017).
Un sistem de terapie pentru tulburarea de stres post-traumatic folosind un agent virtual și
povestire virtuală pentru a reconstrui amintiri traumatice. Journal of Medical
Sisteme, 41(125), 1 -10. https://doi.org/10.1007/s10916 -017-0771 -y
Van Meggelen, M., Morina, N., van der Heiden, C., Brinkman, W., Yocarini, IE,
Tielman, ML, Rodenburg, J., van Ee, E., van Schie, K., Broekman, ME și

Franken, I. (În presă). Un studiu controlat randomizat pentru a pilota eficacitatea a intervenție pe computer pentru tratamentul tulburării de stres posttraumatic. Frontiere în sănătatea digitală.

Vlaeyen, JW, de Jong, J., Geilen, M., Heuts, PH și van Breukelen, G. (2001). Expunere gradată in vivo în tratamentul fricii legate de durere: A replicat design experimental cu un singur caz la patru pacienți cu dureri lombare cronice. Cercetare și terapie comportamentală, 39(2), 151 –166. https://doi.org/10.1016/ s0005 -7967(99)00174 -6

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Spre o structură consensuală a dispoziției. Buletinul psihologic, 98(2), 219 –235. https://doi.org/10.1037/0033 -2909.98. 2.219

Weathers, FW, Keane, TM și Davidson, JR (2001). Clinician -administrat Scala PTSD: o revizuire a primilor zece ani de cercetare. Depresie și anxietate, 13(3), 132 –156. https://doi.org/10.1002/da.1029

Webb, AK, V incent, AL, Jin, AB și Pollack, MH (2015). Fiziologic reactivitate la stimuli de realitate virtuală neideografică la veteranii cu și fără PTSD. Creierul și comportamentul, 5(2), 1 –9. https://doi.org/10.1002/brb3.304

Weathers, FW, Blake, DD, Schnurr, PP, Kaloupek, DG, Marx, BP și Keane, TM (2013a). Scala PTSD administrată de clinician pentru DSM -5 (CAPS -5). [Evaluare] Disponibil de pe www.ptsd.va.gov

Weathers, FW, Litz, BT, Keane, TM, Palmieri, PA, Marx, BP și Schnurr, PP (2013b). Lista de verificare PTSD pentru DSM -5 (PCL -5). Scară disponibilă de la Centrul Național pentru PTSD la www.ptsd.va.gov

Zigmond, AS și Snaith, RP (1983). Scala de anxietate și depresie a spitalului. Acta Psychiatrica Scandinavica , 67(6), 361 –370. https://doi.org/10.1111/

j.1600 -0447.1983.tb09716.x

Sectiunea Articole

90 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală Anexa 1: Evaluare calitativă în VR -ImRs

Scopul general al prezentului interviu este de a evalua modul în care a trăit pacientul

VR-ImR în comparație cu ImR convenționale.

Tema: Aşteptări

Intrebare initiala:

La ce te-ai așteptat de la terapia VR -ImRs? La ce te-ai așteptat de la e

Terapia ImRs?

Întrebare ulterioară:

Cât de logic ți s-a părut VR -ImRs? Cât de logic a părut ImR-urile?

Tema: Satisfacția

Intrebare initiala:

În ce măsură a fost utilă (sau nu) rescrierea VR -ImR în realizarea dvs

obiective / în reducerea simptomelor PTSD? În ce măsură a fost util ImRs?

Întrebări ulterioare:

1. Cum ați descrie experiența dvs. generală cu VR -ImR în comparație cu

ImRs?

2. Ați întâmpinat dificultăți cu VR -ImRs? Dacă da, ce dificultăți? / Cum

despre imR-uri convenționale? Dacă da, ce dificultăți?

3. Cum ai experimentat că în cadrul tratamentului VR nu a fost întotdeauna posibil?

pentru a recrea fiecare detaliu al poveștii tale? A fost această lipsă de flexibilitate o problemă? A făcut

adăugați vreo imagine la VR -ImRs? A fost benefic pentru o imagine dd pentru VR -

ImRs?

4. A contat faptul că lumile VR nu reprezintă 100% memoria ta reală?

5. A fost imaginarea unei probleme în ImRs?

6. În ce măsură ți s-a părut aversiv VR -ImRs? În ce măsură ai găsit

ImRs aversiv?

Tema: Preferinta

Intrebare initiala:

După ce ați experimentat ambele tratamente, dacă ar fi trebuit să vă alegeți propriul plan de tratament

ce ai alege din urmatoarele? Și de ce?

a.) VR -ImRs

b.) ImR convenționale

c.) combinație de VR -ImR și ImR convenționale (în ce ordine?)

d.) un tratament total diferit

Întrebări ulterioare:

(Pe baza a răspunsului pacientului mai sus, alegeți una dintre următoarele)

1. În ce aspecte ați găsit VR -ImRs mai bune decât ImRs/De ce ați preferat VR -

ImR-uri față de ImR convenționale?

2. În ce aspecte ați găsit ImRs mai bune decât VR -ImRs/De ce ați preferat

ImR convenționale peste VR -ImR?

Sectiunea Articole

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 91 3. De ce ați preferat combinația?

4. Ce te-a determinat să alegi un tratament total diferit?

Tema: Recomandare

Intrebare initiala:

Cât de încrezător te-ai simți în a recomanda VR -ImR unui prieten care

intampina probleme similare? Ce zici de ImRs?

Întrebări ulterioare:

1. Puteti indica ceva legat de tratamentul primit care ar putea fi de folos

pentru îmbunătățiri viitoare?/ Aveți idei despre ceea ce a funcționat sau nu a funcționat

cu terapie VR -ImRs și ImRs?

2. Mai este ceva pe care ați dori să adăugați?

Sectiunea Articole

92 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală Anexa 2: Figuri suplimentare

Figura suplimentară 1 . Mijloacele estimate estimate ale PCL -5 prin modelul de regresie mixt

Nota. PCL-5 total (panoul superior), PCL -5 Emoții negative (panoul din mijloc) și PCL -5 Emoții pozitive

(panoul de jos).

Sectiunea Articole

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 93 Figura suplimentară 2 . Scoruri individuale PCL -5 emoții negative și pozitive

Nota. Panoul superior: PCL individual -5 scoruri negative; panoul de jos: scorurile individuale ale emoțiilor pozitive.

Participanții 1, 4 și 5 au fost desemnați aleatoriu să comandă VR – ImRs, primind astfel VR -ImRs înainte de a primi

ImRs. Participanții 2, 6 și 8 au fost desemnați să comandă ImRs – VR. Data în cadrul fazei: fiecare punct de date reprezintă

aproximativ o jumătate de săptămână, deoarece măsurile au fost evaluate de două ori pe săptămână.

Sectiunea Articole

94 Rescrierea imaginilor în realitate virtuală Suplimentar Figura 3 . Anxietate individuală HADS,

Depresia HADS și scorurile totale PTCI

Nota. Numerele de date au fost codificate după cum urmează: Începe linia de bază (0), Postă linia de bază (1), Post educație și

explorare (2), Post ImRs (3), Post VR -ImRs (4) și Post follow-up (5). Participanții 1, 4 și 5 au fost

atribuit aleatoriu pentru a comanda VR – ImRs, primind astfel VR -ImRs înainte de a obține ImRs. Participanții 2, 6 și

8 au fost repartizați pentru a comanda ImRs – VR.

Rescrierea imaginilor în realitate virtuală 95 Figura suplimentară 4 . Mijloace estimate estimate

a HADS și PTCI prin modelul de regresie mixt

Nota. HADS Anxiety (panoul superior), HADS Depression (panoul din mijloc) și PTCI total (panoul de jos).

[Pagina 100 - Fără text extras]

 Journal of Evidence -Based Psychotherapies,

Vol. 23, Număr special, martie 2023, 97-136.

10.24193 /jebp.2023.1.5

IMPLICAREA CLIENTILOR ANTICIPURI ÎN PROIECTARE

A UNEI APLICAȚII SMARTPH ONE

SI TABLA DE BORD PENTRU DE PRESSION (TOTEM)

Veerle Ross1,2*, Kris Brijs1, Hélène Dirix1, Geert Wets1, An Neven1,

Yves Vanrompay1, Neree Claes3,4,5, Nele Jacobs2,6

1 UHass elt, Școala de Științe ale Transporturilor, Institutul de Cercetare a Transporturilor (IMOB),

Martelarenlaan 42, 3500 Hasselt, Belgia.

2 Centrul psihologic bazat pe dovezi FARESA, 3500 Hasselt .

3 UHasselt, Facultatea de Medicină și Științe ale Vieții, Agoralaan, 3590 Diepenbeek , Belgia

4 vzw Stijn service center Sint -Gerardus, 3590 Diepenbeek, Belgia

5 vzw White -Yellow Cross Limburg, 3600 Genk, Belgia

6 VUB, Brussels School of Governance, Pleinlaan 2, 1050, Bruxelles

Abstract

Dezvoltarile tehnologice pot optimiza terapia pentru depresie. Cu toate acestea,

implicarea timpurie a clientului sau a utilizatorului este crucială. Aplicația pentru smartphone și

„Platformă din tabloul de bord care folosește intervenții bazate pe dovezi pentru (mental)

sănătate' (TOTEM), bazată pe terapie cognitiv-comportamentală și comportamentală activare, se dezvoltă împreună cu clienții încă de la început. Obiectiv monitorizare (de exemplu, comportament legat de activitate/călătorie) și IA umană în buclă învățarea automată permite o îngrijire combinată personalizată, combinând față în față terapie cu module online și intervenții adaptive Just-in-Time. Ca a primul pas de co-creare, clienți cu depresie (anterioră) sau plângeri depresive iar psihologii au evaluat utilitatea unui Health for Travel existent Aplicația Behavior (HTB) și raportul de feedback dezvoltat pentru cardio pacienți, care monitorizează și îmbunătățește activitatea fizică legată de călătorii. Interviurile online semi-structurate au urmat unei demonstrații HTB. In total, Au fost transcrise și analizate 16 interviuri (14 clienți și 2 psihologi). Participanții au perceput aplicația ca fiind ușor de utilizat, relevantă, utilă, atractiv și un supliment la îngrijirea standard. Îi încurajează pe oameni să se implice in activitati. Raportul de feedback a fost, de asemenea, perceput ca transparent, util, și relevante. Aspectele emoționale sunt subaccentuate (de exemplu, evaluarea sentimente și sănătate mintală legate de psihoeducație). Când este croit pentru depresie (cu atenție pentru diferite faze de recuperare), monitorizare și îmbunătățirea activității fizice legate de călătorie a fost considerată utilă în completând îngrijirea standard pentru depresie.

* Corespondența referitoare la acest articol ar trebui să fie adresată lui Veerle Ross, UHasselt, School of Științe ale transporturilor, Institutul de Cercetare în Transporturi (IMOB), Martelarenlaan 42, 3500 Hasselt,

Belgia .

E-mail: veerle.ross@uhasselt.be

Cuvinte cheie: Depresie; sănătate mintală digitală; terapie digitală; smartphone
aplicații; învățare automată, intervenții adaptative just-in-time; co-creare.

Depresia este o cauză principală a suferinței evitabile la nivel mondial.

Cu toate acestea, impactul depresiei asupra dezvoltării societale și economice nu este primind suficientă atenție și nici nu sunt întreprinse eforturi adecvate pentru a preveni și atenuează consecințele negative ale depresiei (Herrman et al., 2022).

Investițiile în îngrijirea sănătății mintale au fost raportate a fi rare la nivel mondial (Chisholm et al., 2016). Atunci când persoanele care suferă de o afecțiune de sănătate mintală astfel întrucât depresia vrea să caute ajutor, ei se confruntă cu bariere importante, cum ar fi stigmatizarea legate de căutarea ajutorului, lipsa de clinicieni bine pregătiți și probleme cu accesibilitate (Chisholm et al., 2016; Teepe et al., 2021). Farmacoterapia este o tratament important pentru tratarea depresiei (Shinohara, 2019) , care este considerabil de ieftin (Richards et al., 2016; Shinohara et al., 2019). Cu toate acestea, farmacoterapia (de exemplu, antidepresive) vine adesea cu efecte secundare adverse. Pentru de exemplu, risc de recidivă, amorțeală emoțională, sentimente de detașare, somnolență sau chiar și suicidalitatea (Read & Williams, 2018; Richards et al., 2016). Mai mult, a o parte substanțială a populației depresive nu răspunde la antidepresive, cu estimări de până la 20 -30% pentru tulburarea depresivă majoră (MDD) (Gillain et al., 2022). Alegerea pentru tratamentul medicamentos nu trebuie luată cu ușurință, doar după aplicare terapii bazate pe dovezi bine stabilite și oameni care nu răspund suficient (de exemplu, terapia cognitiv-comportamentală (CBT)). Din păcate, liste de așteptare pentru așa ceva tratamentele pot fi lungi (Pedrelli et al., 2019), ceea ce duce la prea multe cazuri netratate de depresie și alte probleme de sănătate mintală. Lipsa suportului adecvat are consecințe dăunătoare pentru individ și pentru cei dragi. Având în vedere depresie la adulți tineri și adulți, angajatori, asigurători, asigurări de sănătate și

guvernele sunt, de asemenea, afectate (de exemplu, productivitate redusă sau locuri de muncă, cheltuieli crescute) (Chisholm et al., 2016). Prin urmare, terapia existentă trebuie să fie optimizat pentru a ajunge mai eficient la mai mulți oameni, cu mai puține resurse.

Cum tehnologia poate ajuta la optimizarea terapiei pentru depresie

Dezvoltarile tehnologice recente pot optimiza terapia existenta prin creșterea accesului la îngrijire și reducerea stigmatizării, deoarece nu este nevoie de tratament fizic prezența, cu costuri mai mici decât terapia față în față (Baumel et al., 2020; Messner et al., 201 9). Cu toate acestea, tehnologia pentru îngrijirea sănătății mintale fără om componenta este contestată de probleme legate de implicare, asimilare și aderență (Bevan Jones, 2020). Prin urmare, tehnologia nu trebuie folosită pentru a înlocui, ci pentru a completa

 îngrijire standard sub formă de îngrijire combinată, adică combinarea terapiei față în față cu instrumente online. Îngrijirea combinată permite terapeuților să reducă numărul de intervenții față în față sesiuni, în timp ce clienții se pot autogestiona mai rapid și mai mult, crescând costurile - eficacitate (Chandrashekar, 2018; Messner et al., 2019; Van der Vaart et al., 2014). Pe măsură ce clienții folosesc aplicațiile de sănătate mintală între sesiuni, trebuie să o facă să fie motivat să se angajeze în utilizarea aplicației într-un mod adecvat/suficient, mai ales uneori fără contact direct cu terapeutul. Forța și calitatea a motivației pentru adoptarea tehnologiei poate fi stimulată prin utilizarea timpului real solicitări, notificări sau gamification (Chandrashekar, 2018) . În plus,

Îngrijirea bazată pe tehnologie permite phen otyping digital, adică o formă ecologică de colectarea de informații bazată, de exemplu, pe utilizarea aplicației, timpul de utilizare, senzori (de exemplu, GPS, accelerometru, brățară) și/sau o metodă de eșantionare a experienței digitalizate (ESM). Acest tip de colectare de date permite includerea contextului vieții de zi cu zi a

clientul aflat în tratament și gândurile/sentimentele sale în contextul respectiv (Daniëls et al., 2019; Insel, 2018; Mulvenna et al., 2021). Ca rezultat, detaliat informatii despre reclamatiile clientului si posibilitatile si oportunitatile sunt disponibile pentru analiză. Utilizarea acestor informații între sesiunile de terapie crește eficacitatea unei aplicații, deoarece tratamentul poate fi personalizat și încorporate în contextul vieții de zi cu zi, de exemplu sub formă de micro-intervenții care cresc implicarea cu o povară mică pentru client. Microintervențiile sunt denumite și intervenții adaptabile la timp în cazul în care se bazează pe reguli de decizie care specifică ce intervenție ar trebui furnizată în ce moment; pe baza informațiilor bazate pe timp, utilizator și/sau mediu. Aceste JITAI oferă tipul de suport necesar în timp real în momentul în care este cel mai necesar monitorizarea vulnerabilității (adică, momentul potrivit) și receptivitatea (adică, disponibilitatea) (Baumel și colab., 2020; Hardeman și colab., 2019; Nahum -Shani și colab., 2018; Teepe și colab., 2021). Important, JITAI ar trebui să se bazeze pe dovezi și teorie (Nahum -Shani et al., 2018). O revizuire recentă a arătat că utilizarea JITAI în aplicații pentru depresia este încă în mare măsură trecută cu vederea, prin urmare, nu le permite acestor aplicații își ating întregul potențial (Teepe și colab., 2021).

În cele din urmă, pentru a stimula implicarea utilizatorilor sau pentru a facilita o experiență mai bună a utilizatorului, co-

crearea pe tot parcursul procesului de proiectare este esențială (Jones et al., 202 0; Mansson et al., 2020; Van der Vaart et al., 2014). Co-crearea sau co-design se referă la un proces de parteneriat între utilizatori și părți interesate, permițând dezvoltarea tehnologiei pentru a corespunde nevoilor și preferințelor populației țintă. Acest proces ar trebui se aplică tuturor aspectelor legate de tehnologie (de exemplu, conținut, accesibilitate, confidențialitate, implementare), și în diferite faze, de la o fază de stabilire a domeniului sau de descoperire până la evaluarea prototipului, cu oportunități de iterare (Jones et al., 2020).

Sectiunea Articole

100 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților „Platformă de utilizare a intervențiilor bazate pe dovezi pentru sănătatea (mentală)” (TOTEM)

„Plataforma online care folosește intervenții bazate pe dovezi pentru (mental) sănătate” (TOTEM) este dezvoltat pentru a aborda o serie dintre barierele descrise mai sus a căuta și accepta îngrijire: accesibilitate (disponibilitate, accesibilitate, investiție de timp acceptabilă), grad scăzut de autogestionare și teamă de stigmatizarea (Mojtabai et al. 2011). TOTEM combină un smartphone aplicație și tablou de bord pentru persoanele care suferă de depresie†. TOTEM este bazată pe principiile CBT, o terapie psihologică colaborativă, individualizată cu efecte pe termen lung, care este bine susținut din punct de vedere empiric pentru o serie de probleme psihologice, inclusiv depresia (Hofmann et al., 2012; Richards et al., 2016). Potrivit CBT, cognițiile malada ptive contribuie la menținere suferință emoțională și probleme de comportament. Pentru a aborda aceste dezadaptative cogniții, CBT combină o varietate de cognitive, comportamentale și emoționale - tehnici focalizate (de exemplu, restructurarea cognitivă) (Hofmann et al., 2012). Unul Principiul fundamental al CBT este activarea comportamentală (BA). BA își propune să crească experiențe pozitive prin programarea activităților, inclusiv legate de responsabilitate și activități recreative. Aceste activități pot produce atât primare (de exemplu, plăcere t) și beneficii secundare (de exemplu, extinderea sistemului de sprijin social). BA a fost aplicat eficient în depresie, cu indicii că BA poate fi la fel de eficient ca CBT complet, chiar dacă este mai ușor de furnizat și cu costuri mai mici (Hopko et al., 2004; Jacobsen şi colab., 1996; Ly, Carlbring și Andersson, 2012; Richards et al., 2016). Atât CBT, cât și BA au fost deja oferite cu succes prin intermediul internet sau smartphone (Ly et al., 2012; Thase et al., 2020) . Intervenția Abordarea de cartografiere (IM), un cadru bine stabilit pentru planificarea

intervenții bazate pe teorie și dovezi (Eldredge et al., 2016; Van Agteren et al.

al., 2021), servește drept ghid pentru: 1) dezvoltarea variabilelor țintă care au nevoie

să fie monitorizate și modificate pentru a atinge obiectivele de promovare a sănătății (de exemplu, gândiți-vă

flexibil), 2) selectarea metodelor și tehnicilor care trebuie implementate

pentru a atinge aceste obiective și cum pot fi aplicate în platformă și 3)

implementarea și evaluarea platformei. După cum se poate observa în figura 1,

se crede că rezultatul principal al sănătății (adică severitatea depresiei) depinde de a

set de obiective de promovare a sănătății (adică modul în care oamenii acționează, simt și gândesc flexibili) care

necesită efectuarea de acțiuni specifice (de exemplu, călătoria într-o zonă activă fizic

manieră, exprimarea emoțiilor, observarea gândurilor). Aceste așa-numite performanțe

obiective (adică PO: ce trebuie să faceți pentru a obține rezultatul dorit) la rândul lor,

† TOTEM nu este conceput pentru pacienții cu depresie severă care se luptă cu

gânduri suicidare, deoarece necesită o urmărire mai intensă față în față.

 poate fi atinsă numai dacă determinanții de bază adecvați (de exemplu, atitudinea,

aptitudini, cunoștințe) sunt modificate în direcția dorită, ceea ce este termenul

„Obiectivele de schimbare” se referă la (adică, CO: ceea ce trebuie realizat pentru a se atinge

PO). Cadrul Domeniilor Teoretice (TDF) a fost folosit ca ghid pentru

determina obiectivele de schimbare mai precise (Cane et al., 2012) în timp ce

Taxonomia v1 a tehnicilor de schimbare a comportamentului (Michie et al., 2013) a servit ca un

sistem bazat pe dovezi pentru selectarea schimbării comportamentale adecvate

tehnici .

Figura 1. O ilustrare a unui model de schimbare în conformitate cu protocolul IM

Consultați Figura 2 pentru o ilustrare a platformei TOTEM. În interiorul TOTEM,

„Unitate de profil”: 1) colectează (de -determinat) biomarkeri (digitali) (adică,

comportamente cuantificabile) care sunt derivate dintr-un set de caracteristici înregistrate de către

smartphone și senzori (de exemplu, cât de des a fost pornit/dezactivat ecranul smartphone-ului, GPS,

brățară pentru accelerometru). 2) monitorizează „starea” curentă a utilizatorului (de exemplu, a crescut

comportament sedentar sau stres acut) și 3) prezice severitatea depresiei (Abdullah

et al., 2016; Van Ballegooijen et al., 2014) prin intermediul învăţării ansamblului, adică,

tehnica de clasificare rezultând o performanță predictivă mai bună și mai mare

precizie decât algoritmii unici (Aleem et al., 2022; Peng et al., 2017). Profiler

Ieșirea unității servește ca intrare pentru terapeut, de exemplu, pentru a completa observația sa

și judecată cu informații contextualizate obținute prin intermediul smartphone-ului (adică,

comportament/activități), senzori (de exemplu, indicații de stres) și ESM (adică, evaluare

gânduri și sentimente). În plus, ieșirea de la unitatea Profiler servește ca intrare

pentru „Unitatea de planificare a intervențiilor”.

Sectiunea Articole

102 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților Figura 2. Platforma TOTEM

Unitatea de planificare a intervențiilor gestionează în mod inteligent o „Intervenție

Repository” care conține diferite tipuri de formate de intervenție, de la

mai clasice module de psiho-educație sau teme pentru acasă, la așa-numitele

JITAI (adică, solicitări compacte declanșate de și adaptate nevoilor momentane detectate

de către Unitatea de Profiler). Începe selecția celui mai potrivit format de intervenție

dintr-un set de puncte de decizie și reguli specifice (Nahum-Shani et al., 2018) care sunt

inițial pe baza opiniilor experților. Prin întărire învățarea unui algoritm

descoperă ce combinație de intervenții funcționează cel mai bine, în funcție de utilizator și context, prin

găsirea activității care este cea mai plină de satisfacții în timp (Akanksha și colab.,

2021). În ceea ce privește selecția și execuția intervenției, o constelație amestecată folosește

atât rezultatul Unității Profiler cât și judecata terapeutului. Ca atare, terapeutul, sau

„omul în buclă”, poate urmări intervențiile și poate anula

propuneri făcute de algoritm care sunt considerate nepotrivite. Cu alte cuvinte,

Unitatea de planificare a intervenției funcționează pe baza intrărilor atât de la unitatea de profilare, cât și de la

terapeut cu scopul de a înființa o bază de cunoștințe, servind viitorilor utilizatori și terapeuți ca

bine. În cele din urmă, platforma TOTEM vine cu o „Unitate de potrivire și rezervare” care

ajută terapeutul în planificarea sesiunilor față în față și a modulelor online.

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clientului 103 Combinația acestor surse de informații permite terapeutului să cartografieze

evoluția severității depresiei și oferă îngrijire combinată foarte adaptată. Pentru

de exemplu, pe baza modelului de activitate (detectat îngustarea) poate fi

a determinat că clientul ar beneficia de urmarea unui modul privind comportamentul

activare. Cu toate acestea, informațiile pot fi folosite și pentru sesiuni față în față. Pentru

De exemplu, terapeutul poate comenta că niveluri ridicate de stres sunt experimentate în timpul a

activitate particulară, așa cum este indicat de telefonul inteligent și de datele senzorului. Să presupunem că ESM

datele sugerează, de asemenea, că clientul raportează gânduri negative în timpul acestei activități. Prin aceea că

caz, este necesar să se acorde atenție acestui lucru (la urma urmei, stresul biologic poate fi și

pozitiv). Poate că este posibil să umplem această activitate altfel, mai pozitiv. Sau

platforma ar putea trimite sfaturi sau un mesaj de încurajare către client înainte de

activitate. Aceste JITAI pot, de asemenea, încuraja clienții să-și termine temele.

Scopuri

Acest studiu descrie primul pas al unui proces de dezvoltare a co-creării în

care utilizatori finali (adică, clienții cu depresie/plângeri depresive) și experți

(de exemplu, psihologi) au evaluat utilitatea unui smartphone existent pentru sănătate

Aplicația Travel Behavior (HTB) și raportul de feedback. Aplicația HTB a fost inițial

dezvoltat pentru pacienții cardiaci și permite monitorizarea și îmbunătățirea călătoriilor -

activitate fizică asociată, care se aliniază cu principiile activării comportamentale

prin comportamentul legat de transport din platforma TOTEM (Batool et al., 2018, 2022).

Clienții cu depresie/plângeri depresive și psihologii au evaluat

utilitatea transportului activ pentru a crește nivelul de activitate în depresie. Special

s-a acordat atenție unor subiecte precum uzabilitate, gamification ca schimbare de comportament

tehnică și diferite faze de recuperare în depresie (adică, debut, îmbunătățire,

și recuperare).

Metode

Interviuri și procedură

După semnarea unui formular de consimțământ, participanții au completat datele demografice

chestionar și un chestionar standard pentru diagnosticul depresiei (adică, Centrul pentru

Scala de depresie din studii epidemiologice (CES -D), scor ≥16; ICC≥.70) (Devins et

al., 1988; Vilagut et al., 2016). Din cauza pandemiei de COVID-19, nu a fost posibil

pentru ca aplicația să fie testată activ de către participanți. Prin urmare, online

au avut loc prezentări care demonstrează aplicația HTB și raportul de feedback

în schimb. Prezentarea a inclus următoarele secțiuni: (1) o introducere (de exemplu,

informații de fundal și obiective), (2) aplicația HTB (de exemplu, exemple de ecrane,

informații despre funcționalități, acțiuni necesare etc.) și (3) feedback

raport (de exemplu, discuție pe secțiune, prezentare generală completă etc.). După prezentări,

Sectiunea Articole

104 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Au fost realizate interviuri semi-structurate pentru implicarea timpurie a clienților. A fost folosită o perspectivă prospectivă

deoarece participanții nu și-au formulat opiniile pe baza utilizatorului real

experienţă.

Eşantion

Două grupuri de participanți au fost recrutate prin criteriu și comoditate

prelevarea de probe pentru a obține un eșantion intenționat. Primul grup (n = 14) este format din clienți

care au primit anterior tratament sau erau în prezent sub tratament activ, pt

depresie sau simptome depresive de către un psiholog de la o ambulanță privată

practica clinica. Au fost stabilite următoarele criterii de includere: 1) Trebuie să aibă sau să fi avut

simptome depresive în ultimele șase luni, 2) peste 18 ani, 3) în curs sau

tratament finalizat cu un psiholog, 4) Fără risc de sinucidere grav și 5) Nu

diagnosticul bipolar.

Al doilea grup țintă care a fost inclus a fost format din psihologi,

experți și/sau terapeuți (n = 2); a fost folosit un singur criteriu de includere: în prezent

lucrul cu clienți depresivi ca psiholog/terapeut.

Obiectivul principal al studiului a fost asupra populației de clienți. Nu exact

numărul de participanți care trebuiau incluși a fost prespecificat. Interviurile au fost

desfășurate până când nu au apărut teme sau subiecte noi (de exemplu, saturarea datelor). Terapeuții

au fost recrutați pentru a oferi opinii suplimentare cu privire la aplicație și raportul de feedback deoarece

a expertizei lor relevante.

Tabelul 1. Prezentare generală a datelor demografice ale grupului de depresie

Grup de depresie (n = 14) bărbați (n = 4) femei (n = 10)

Grupa de vârstă, n (%)

18 – 30 ani 3 (21,4%) - 3 (30%)

31 – 45 de ani 3 (21,4%) 2 (50%) 1 (10%)

46 – 60 de ani 8 (57,2%) 2 (52%) 6 (60%)

Situație de viață, n (%)

Singur 3 (21,4%) - 3 (30%)

Cu partener, fără copii 4 (28,6%) - 4 (40%)

Cu partenerul și copiii 2 (14,3%) 1 (25%) 1 (10%)

Cu părinți 4 (28,6%) 2 (50%) 2 (20%)

Altele 1 (7,1%) 1 (25%) -

Situație de muncă, n (%)

Student 2 (14,3%) - 2 (20%)

Part-time 1 (7,1%) 1 (25%) -

normă întreagă 6 (42,9%) 3 (75%) 3 (30%)

Concediu medical temporar 2 (14,3%) - 2 (20%)

Concediu medical permanent 2 (14,3%) - 2 (20%)

Altele 1 (7,1%) - 1 (10%)

Scorul CES -D

Interval 3 – 45 11 – 33 3 – 45

Scorul mediu (X ± SD) 23,5 (11,148) 21,25 (9,032) 24,4 (12,123)

 Tabelul 2. Prezentare generală a semnelor și simptomelor experimentate de participanți

în timpul episoadelor depresive

Grupa Masculi Femele

Somnolență 13 (92,9%) 3 (75%) 10 (100%)

Pierderea dobânzii 9 (64,3%) 3 (75%) 6 (60%)

Te simți fără valoare și fără speranță 12 (85,7%) 3 (75%) 9 (90%)

Probleme de somn 11 (78,6%) 3 (75%) 8 (80%)

Modificarea ponderii 4 (28,6%) 1 (25%) 3 (30%)

Panica si anxietatea 11 (78,6%) 3 (75%) 8 (80%)

Ușor iritabil 9 (64,3%) 2 (50%) 7 (70%)

Neliniște sau întârziere 12 (85,7%) 2 (50%) 10 (100%)

Indecizie 10 (71,4%) 2 (50%) 8 (80%)

Senzație de vinovăție 9 (64,3%) 2 (50%) 7 (70%)

Probleme de memorie și/sau concentrare 8 (57,1%) 2 (50%) 6 (60%)

Neglijarea contactelor sociale 9 (64,3%) 1 (25%) 8 (80%)

Gânduri de sinucidere 6 (42,9%) 1 (25%) 5 (50%)

Izbucniri emoționale 7 (50%) 1 (25%) 6 (60%)

Oboseală și energie scăzută 11 (78,6%) 4 (100%) 7 (70%)

Aplicația și raportul de feedback privind sănătatea pentru comportamentul de călătorie (HTB).

Aplicația HTB (Figura 3) monitorizează comportamentul de călătorie prin colectarea: 1) GPS-date bazate pe locația călătoriilor și activităților efectuate pe parcursul zilei, 2) Durata, ora de începere și de sfârșit a activităților și excursiilor care se execută pe parcursul zilei, 3) Detectarea modului de transport utilizat: transport motorizat, ciclism și mers pe jos (dar incapabil să facă distincția corectă între diferitele tipuri de moduri de transport motorizate, cum ar fi mașina, autobuzul sau motocicleta) și 4) Distanța acoperită în timpul călătoriilor. În plus, trei parametri suplimentari sunt furnizați manual de către pacient: 1) un tip de activitate (de exemplu, acasă, serviciu, cumpărături), partener de călătorie (de exemplu, soț, prieteni) și motorizat mod de transport (de exemplu, șofer de mașină, pasager de mașină) (Batool et al., 2022).

Figura 3. Interfața HTB

 Un raport de feedback este generat pe baza datelor de monitorizare ale fiecărui individ timp de trei săptămâni, rezumând durata, distanța și frecvența săptămânală a activului călătorii în mod de transport (de exemplu, mers pe jos și cu bicicleta). Scorul Active Travel (ATS) este raportată, de asemenea, definită ca activitatea fizică obținută prin utilizarea unui activ

moduri de transport. Activitatea fizică este definită ca costul sau cantitatea de energie

oxigenul consumat în timpul repausului (adică, echivalent metabolic (MET)). Se bazează ATS

la recomandarea standard de 150 min/saptamana de fizica de intensitate moderata

activitate repartizată pe 5 zile. Calculat pentru o săptămână, ATS variază de la 7,5 la 15

Kcal/g*kg. Algoritmul a alocat fiecare pacient la una dintre următoarele categorii:

1) inactiv, 2) activ scăzut, 3) suficient de activ, 4) activ și 5) foarte activ. The

De asemenea, raportul compară alocarea categoriei cu cea a colegilor, permițând utilizatorului să facă acest lucru

verificați dacă au performanțe sub sau peste medie. În plus, raportul a inclus

călătorii simple la domiciliu (adică acasă - activitate - acasă) executate ca șofer sau pasager,

taxi sau motocicletă, care ar putea fi înlocuită cu transportul activ, împreună cu

impactul asupra ATS (Batool et al., 2018, 2022). Pentru informații mai detaliate despre

calculul scorului ATS și definirea călătoriilor simple la domiciliu, ne referim

la (Batool şi colab., 2022).

Conținutul raportului de feedback a fost bazat pe modelul transteoretic

de schimbare (TTM), care conține Stadii de schimbare (SOC) și Procese de schimbare

(POC). SOC-ul inclus se referea la: Precontemplare (adică, când oamenii sunt nemișcați

inconștient și, prin urmare, nu recunosc nicio problemă), Contemplare (adică, oameni

realizați care sunt beneficiile schimbării comportamentului, dar sunt costurile schimbării

considerată ca fiind prea mare), Pregătirea (adică, decizia pentru schimbarea viitoare este

făcut, împreună cu pași mici către obiectivul stabilit), Acțiune (adică oamenii sunt acum

schimbându-și activ comportamentul sau dobândind comportamentul dorit) și Întreținere

(adică, schimbarea de comportament necesară nu este doar stabilită, ci și menținută

timp) (Prochaska & DiClemente, 1983) . POC se referă la strategiile utilizate pentru

schimbarea comportamentului în timp ce progresează prin SOC. Procesele experiențiale sunt

de obicei considerată de succes în SOC anterior și se referă la percepții, gânduri,

sau sentimente referitoare la comportament (de exemplu, gândirea la consecințe). Între timp, procesele comportamentale sunt considerate de succes în SOC ulterioară și se referă la strategii situaționale și sociale observabile (de exemplu, controlul indiciilor de mediu). În versiunea actuală a raportului de feedback HTB, POC sunt incluse fără având în vedere SOC-ul respectiv. Această abordare a fost urmată pentru a verifica dacă oamenii din anumite SOC preferă într-adevăr POC așa cum sugerează literatura de specialitate. Cu toate acestea, acesta este, de asemenea, posibil să se măsoare SOC-ul lor respectiv și să includă numai POC pe baza etapa respectivă. Pe lângă faptul că conțin informații care ar trebui să susțină SOC (de exemplu, fapte privind beneficiile transportului activ și sprijinul pentru stabilirea obiectivelor), raportul de feedback HTB a inclus câteva părți fixe care includ psihoeducația cu privire la beneficiile pentru sănătate ale activității fizice legate de călătorie. Restul secțiuni legate de performanța individuală a utilizatorului: nivelul de activitate fizică de la activ transport, comentarii încurajatoare legate de scorul lor ATS și impactul călătoriilor care ar putea fi înlocuite cu transportul activ (Batool et al., 2018, 2022).

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților 107

Analize

A fost elaborată o listă de subiecte care conține toate temele considerate relevante pentru dezvoltarea în continuare a aplicației și a raportului de feedback în legătură cu tulburări depresive. Pe baza acestei liste de subiecte, un ghid pentru interviul semi-structurat (Anexa 1) a fost pregătită pentru a se asigura că toate subiectele predeterminate au fost acoperite în timpul interviului.

Interviurile au fost analizate folosind metoda analizei tematice deductive.

Metoda de analiză tematică permite identificarea, analiza și raportarea teme în datele cuiva (Braun & Clarke, 2008) . Temele pot fi analizate în două moduri,

deductiv (de exemplu, Merriman și colab., 2021) și inductiv (de exemplu, Herrick și colab., 2020). Analiza tematică deductivă este o abordare de codificare de sus în jos care pleacă de la a set predeterminat de coduri, deoarece se așteaptă să găsească informații despre ele în datele (Saldana, 2013) . În consecință, subiectele predeterminate la începutul au fost utilizate ca set inițial de coduri în timpul analizelor. Chiar dacă cel Cartea de coduri originală a fost schimbată în timpul codificării (adică, unele coduri au fost restructurate, unele coduri au fost eliminate și au fost adăugate coduri noi), cartea de coduri încă se reflecta structura datelor, care este considerată foarte importantă (Si & Hubbard, 2021) .

În urma interviurilor, prelucrarea datelor sa bazat pe analiza tematică metoda lui Braun & Clarke (2008): 1) Familiarizarea datelor: transcriere și citire datele, notarea indiciilor non-verbale, 2) Generarea codurilor inițiale: cod mai mare secțiuni cu un nume de cod larg și notează note, 3) Căutarea temelor: îmbina diferite coduri într-o temă potențială, 4) Revizuirea temelor: verificați dacă temele încă se referă la codificarea inițială și scopul studiului, 5) Teme finale: decideți temele finale și denumirile care se potrivesc și 6) Elaborarea raportului: pregătirea unui raport dezvăluirea constatărilor, legate de întrebările de cercetare.

După efectuarea analizelor calitative, unele statistici descriptive au fost calculate (de exemplu, vârsta, sexul, situația de viață etc.). Aceste statistici sunt incluse în secțiunea cu rezultate pentru a permite cititorilor să evalueze generalizarea constatărilor (Gibbs et al., 2007).

Rezultate

Această secțiune prezintă mai întâi rezultatele pentru grupul de clienți, urmate de acestea pentru terapeuți. Pentru ambele grupuri se vor discuta următoarele teme:

(1) subiecte legate de aplicație, (2) subiecte de deprimare legate de aplicație,

(3) modificări ale aplicării în funcție de caracteristicile legate de depresie,

(4) subiecte legate de raportul de feedback, (5) subiecte legate de depresie legate de

raport de feedback și (6) modificări ale raportului de feedback în funcție de

caracteristici legate de depresie. Fiecare temă este apoi împărțită în subteme

cum ar fi ușurința de utilizare, utilitatea percepută etc.

Figura 4. Prezentare generală schematică a temelor aplicației – Clienți

La începutul fiecărui interviu, participanții au fost rugați să pună punctajul

aplicație între 0 și 10. Toate scorurile au variat de la 6 la 10, cu o medie de 7,75/10.

Participanții au declarat că aplicația a dat o impresie profesională, dar este în prezent

concentrându-se puternic pe aspectul fizic. Unii participanți au remarcat, de asemenea, că în

la început, nu le-ar fi ușor să folosească aplicația din cauza limitatului lor

cunoștințe tehnologice.

 Figura 5. Scorul general al aplicației HTB

Nota. Acest grafic demonstrează procentul de participanți clienți pentru fiecare punctaj dat din zece pe HTB

aplicare (n = 14).

Subiecte legate de aplicație

Ușurință în utilizare. Toți participanții au declarat că aplicația pare ușor de utilizat.

Cele mai importante două motive pentru a susține acest lucru au fost: (1) cronologia călătoriei zilnice este

deja creat automat și (2) nu ai multe de introdus.

În plus, aplicația pare să fie destul de ușor de învățat. Câțiva participanți mai în vârstă

a comentat că ar putea dura ceva mai mult timp pentru a utiliza aplicația în mod corespunzător.

Adnotarea parametrilor. Atunci când cronologia călătoriei zilnice trebuie finalizată,

participanții pot selecta majoritatea informațiilor din listele derulante care limitează

timpul mediu de finalizare la câteva minute pe zi, ceea ce a fost apreciat. Unele

a indicat, de asemenea, că le-ar face mai probabil să completeze cronologia, chiar și în

faza de început sau de debut.

Unii participanți au fost oarecum îngrijorați de faptul că cronologia ar putea fi doar

completat a doua zi, deoarece problemele de memorie sunt un simptom comun al depresiei.

Pe de o parte, oamenii ar putea uita să completeze cronologia, pe de altă parte,

reconstruirea corectă a istoriei călătoriei cu o zi înainte poate fi o provocare.

Participanții ar prefera mai multă flexibilitate în ceea ce privește momentul în care să completeze călătoria

cronologie.

Claritate. Toți participanții au perceput aplicația ca fiind clară și bine

organizat. Oferă imediat o reprezentare clară a cronologiei și acolo

nu este nevoie să căutați articole relevante, ceea ce face aplicația accesibilă tuturor

persoane (adică, cele cu multe sau puține cunoștințe de tehnologie). Să presupunem că

aplicația urmează să fie modificată pentru a se potrivi Participanții recomandă ca, pentru persoanele cu

Sectiunea Articole

110 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clientului depresie ca utilizatorii vizați, nu ar trebui adăugate prea multe elemente pentru a menține

nivelul actual de claritate.

Personalizare. Niciunul dintre participanți nu a considerat personalizarea a

factor decisiv pentru utilizarea aplicației în viitor. Aproximativ jumătate dintre participanți

nu credea că este deloc necesar, în timp ce cealaltă jumătate ar aprecia o opțiune

pentru a ajusta culoarea, pictogramele și/sau fontul după preferințele personale. Câțiva i-au comentat

nu ar fi interesat să personalizeze aplicația în fazele incipiente ale recuperării de atunci

ar costa prea multa energie.

Atractivitatea. Părerile în materie de recurs au fost împărțite cu jumătate dintre ele afirmând că au găsit aplicația suficient de atractivă, majoritatea acestora fiind participanții spunând că personalizarea nu este necesară. Alții au indicat aplicația ar putea fi puțin mai colorată și cu elemente vizuale suplimentare de evitat pare un pic monoton.

Subiecte legate de depresie legate de aplicație

Utilitatea percepută.

Motivator. Aplicația poate avea o funcție de motivare într-un procesul de recuperare al individului deoarece poate arăta în mod obiectiv progresul unei persoane. Mai mult, s-ar putea dori să călătorească mai activ, deoarece aplicația o înregistrează. Cu toate acestea, unii au indicat că există o mare posibilitate ca aplicația să o facă lipsa unui efect motivant suficient în faza inițială a recuperării.

Distragerea atenției. A trebui să completați cererea poate distrage atenția de la sumbră gânduri, deoarece necesită să ne gândim la ceea ce a făcut cineva ieri sau zilele precedente. Ea ajută, de asemenea, să vină cu idei despre cum să călătorești mai activ.

Reflecţie. Poate fi util pentru indivizi să vadă ce au făcut recent. Pe de o parte, acest lucru poate fi de confruntare și va încuraja schimbările în comportament. Pe de altă parte, aplicația poate arăta îmbunătățiri și corecte părtinitoare opinii în cazul care se întâmplă.

Combinație cu terapie. Unii participanți au indicat că aplicația ar face acest lucru fi de ajutor numai dacă este utilizat în tratament, mai ales la debut. Datele ar trebui să fie discutat în continuare cu terapeutul și tratamentul ajustat în consecință.

Funcția preventivă. Aplicația poate fi de ajutor în recuperare. Când a persoana este deja în faza de recuperare, aplicația poate detecta mai mult recidive

rapid, adică poate avea și o funcție preventivă.

Nu este util. doi participanți au indicat că nu au văzut aplicația

utilitate.

Relevanța personală.

Trigger. Mulți participanți au indicat că cererea ar putea motiva

să iasă afară în zilele dificile și, de asemenea, să le reamintească că este vital să continue

lucrurile, totuși, într-o măsură mai mică în fazele incipiente ale recuperării depresiei conform

unii dintre respondenţi.

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților 111 Maparea obiectivelor. Unii participanți ar folosi aplicația pentru a cartografi obiectiv

ei înșiși pentru că au tendința de a vedea totul mai negativ. Aplicația ar putea

susține-i să se deplaseze mai puțin probabil către gânduri negative.

Viața activă. Unii participanți sunt deja foarte activi, fac exerciții, numără

pașii lor etc., toate activitățile pe care ar dori, de asemenea, să le urmărească în aplicație. Alții au indicat

că mersul pe jos a fost o ieșire în timpul depresiei lor și că aplicația se potrivește bine cu asta

prea.

Nu este relevant. Cei doi participanți care nu au luat în considerare cererea

utile a indicat, de asemenea, că cererea nu ar fi relevantă pentru ei. Cu toate acestea,

au fost deschiși să-și revizuiască opiniile în eventualitatea unor modificări viitoare.

Intenția utilizatorului. Majoritatea participanților ar dori să folosească

aplicație, în cazul în care este disponibilă în prezent pentru descărcare. Chiar și în recuperare

faza, unii ar fi încă înclinați să-l folosească deoarece poate fi o anumită formă de control.

Alții, la rândul lor, nu au fost convinși să folosească aplicația din diverse motive, de exemplu

ca să nu folosești prea mult aplicațiile, să fii prea leneș sau să nu vezi cum le folosesc.

Activarea comportamentală și schimbarea comportamentală. După majoritatea

participanților, aplicația poate activa comportamentul deoarece poate m otiva și

determină clienții să călătorească mai activ. În plus, evidențiază în mod clar unde acolo

este încă loc de îmbunătățire. Cu toate acestea, participanții au indicat că există și

unele condiții prealabile pentru utilizarea aplicației și pentru a obține activarea comportamentală, cum ar fi a

cantitate suficientă de notificări și memento-uri, implicarea terapeutului în

urmărire și evitarea persoanelor care se supradoză cu prea mult și/sau prea

provocări grele.

Fazele recuperării depresiei și probleme legate de depresie.

Uniformitate. Majoritatea participanților au considerat că aplicația nu ar trebui adaptată în funcție

a fazei de recuperare. O aplicație uniformă creează un mediu familiar și

participanții au simțit că asta era mai important. Mulți au indicat că este important să nu

începe cu aplicația în mod independent, mai ales la început, dar întotdeauna

faceți acest lucru în consultare cu un terapeut. La intrarea în recuperare, îndrumarea poate fi

ajustate în consecință.

Debut. unii participanți au indicat că cel mai bine ar fi să păstrați aplicația

cât se poate de simplu, cu siguranță la început pentru a preveni oamenii ar renunța

din cauza grijilor în ceea ce privește timpul și efortul necesar pentru a completa jurnalul de călătorie

corect și regulat.

Probleme de memorie. Dificultățile de memorie sunt o problemă adesea raportată

printre persoanele cu depresie. Majoritatea participanților l-au considerat crucial

că notificările le reamintesc să-și completeze cronologia.

Probleme de vedere. Persoanele cu depresie pot experimenta, de asemenea, temporar

probleme cu vederea lor. Abilitatea de a ajusta dimensiunea textului ar putea fi de exemplu utilă

în această privinţă.

Sectiunea Articole

112 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clientului Modificări ale aplicației pentru caracteristicile legate de depresie

Elemente și ajustări lipsă.

Activitate socială. Un accent exclusiv pe călătoriile active poate să nu fie

suficient de recuperare-ameliorare pentru persoanele cu probleme depresive, sociale

contactele sunt de asemenea importante. Aplicația ar trebui să permită colectarea de informații

despre ce activitate a făcut și cu cine, iar aceste date ar trebui, de asemenea, încorporate

în raportul de feedback.

Indicație de dispoziție. Starea de spirit individuală ar trebui pusă la îndoială o dată sau de mai multe ori

pe zi, de exemplu solicitarea persoanelor să acorde un punctaj pe o scală (de exemplu, 7 puncte

scara Likert) în ceea ce privește modul în care se simt. Opțiunea de a adăuga informații suplimentare

ar fi de ajutor, dar nu va fi făcut obligatoriu.

Fazele de recuperare ale depresiei. Pentru unii participanți, ar trebui să fie posibil

pentru a ajusta cât de multe informații trebuie introduse în aplicație, în funcție de

fază. Dacă aplicația nu poate fi adaptată, se recomandă să începeți parțial

completarea cererii și pentru a o construi în mod sistematic (de exemplu, prima săptămână: una

deplasare, a doua săptămână: două etc.).

Copii si adolescenti. Doi participanți au comentat că ar putea fi

interesant de a crea două versiuni ale aplicației, una pentru adulți și una pentru copii și

adolescenti. Cele mai multe dintre ele sunt orientate spre tehnologie, astfel încât aplicația ar putea fi o valoare

pe lângă tratamentul lor.

Atractivitatea. Unii participanți ar aprecia oportunitățile

personalizați anumite aspecte ale aplicației, cum ar fi culoarea, la tine, fontul etc. De asemenea, mai mult

ar putea fi adăugate elemente grafice pentru a-i spori atractivitatea.

Liste derulante. Unii participanți au comentat că nu toate modurile de

transportul sunt incluse în prezent în listele derulante. Cu toate acestea, acest lucru poate fi relevante pentru monitorizarea activităților sociale sunt (de exemplu, avion, scuter etc.). Astfel, aplicația ar trebui să ofere o opțiune în care utilizatorii pot adăuga opțiuni la drop - liste în jos.

Fără ajustări. Doi participanți au considerat aplicația utilă în prezent formă și nu a avut nevoie de modificări suplimentare.

Interacțiunea și relevanța terapeutică.

Complementar. Majoritatea participanților au indicat că aplicația ar trebui să fie întotdeauna combinat cu terapia. Pentru aceasta sunt date mai multe motive: (1) aplicația este nu va fi folosit suficient fără un terapeut, (2) interacțiunea umană este esențială pentru recuperarea din depresie și (3) aplicarea poate fi un bun punct de plecare pentru conversaţie.

Fără interacțiune umană. Unii participanți sunt mai în favoarea separării terapie față în față din aplicație deoarece nu toată lumea are nevoie de terapie interacțiune în aceeași măsură. Deoarece aplicația poate avea și o funcție preventivă, există posibilitatea ca oamenii să nu fie în terapie atunci când folosesc aplicația. Cu toate acestea,

 dacă se dorește sau este necesar, un utilizator poate decide să furnizeze raportul terapeutului după ceva timp și începe să lucrezi cu el.

Introducere solidă. Unii participanți au simțit că este datoria terapeutului să explice aplicația în mod clar și să îi ajute să înceapă, dacă nu, unii oameni ar putea rapid încetează să-l folosești.

Raport de feedback

Figura 6. Prezentare generală schematică a temelor raportului de feedback – Clienți

Participanții au acordat raportului de feedback un scor mediu de 7,3 din 10

accentul principal al raportului a fost asupra implicațiilor fizice ale activității crescute

niveluri cu puțin accent pe activitățile sociale sau aspectele emoționale ale depresiei.

Acest lucru va fi afectat probabil evaluarea raportului de feedback.

 Figura 7. Scorul general al raportului de feedback

Nota. Acest grafic demonstrează procentul de participanți clienți pentru fiecare punctaj dat din zece pe

raport de feedback (n = 14).

Subiecte legate de raportul de feedback

Conținut și ușurință în utilizare. Impresia generală a fost că raportul

în prezent se concentrează prea mult pe aspectul fizic al recuperării, fără atenție pt

aspectele mentale, emoționale și sociale. Cu toate acestea, raportul este clar

pentru majoritatea participanților și conține sugestii care pot fi implementate imediat.

Claritate. Majoritatea participanților au considerat că raportul este clar și bine organizat. Ea

arată clar ceea ce este important și folosește pictograme binecunoscute. În plus,

subdivizarea în diferite secțiuni a fost evaluată pozitiv, deoarece se îmbunătățește

posibilitatea de căutare a informațiilor. De asemenea, în ceea ce privește accesibilitatea, raportul a obținut un scor bun,

, deși unii participanți au indicat că conținea prea mult text uneori, ceea ce

a generat o pierdere de interes.

Atractivitatea. Toți participanții, cu excepția a doi, au indicat că imaginile includ

în raport ar putea fi îmbunătățit în continuare, de exemplu, prin adăugarea de culoare

și grafică în combinație cu informații mai puțin textuale. Aceste comentarii explică

de ce unii participanți au considerat că raportul nu a fost atât de atrăgător.

Structura raportului.

Prezentare generală a călătoriilor active. Părerile erau puternic împărțite. Unii l-au găsit plăcut că doar călătoriile active au fost incluse în prezentare generală, în timp ce altele au găsit că trebuie incluse și călătoriile pasive. La urma urmei, și acestea pot contribui la recuperare; de exemplu, o călătorie pasivă poate îndeplini o funcție socială.

scor ATS. Are o structură clară și este, de asemenea, frumos prezentat dintr-un vizual Punct de vedere. Mai mult, poate motiva oamenii să călătorească într-un mod fizic mai activ mod. Cu toate acestea, intervalul de scor a fost considerat prea îngust. Ca urmare, îmbunătățirea scorul poate fi uneori dificil, rezultatul fiind mai degrabă demotivant decât motivarea. În plus, scorul actual este doar despre călătoriile active, care ar putea fi o abordare prea restrânsă în contextul tratamentului depresiei.

A atins scorul ATS. Participanții au convenit în unanimitate ca grupul să puncteze nu ar trebui incluse în raport deoarece poate fi confruntare și stresantă pentru clientii. Se simțea prea mult ca o competiție.

Feedback scor ATS. Este descrisă formularea feedback-ului asupra scorului ATS ca prea negativ. În fazele incipiente ale recuperării depresiei, poate fi greu de făcut orice va împiedica o persoană să obțină un scor ATS ridicat. Cu toate acestea, întărirea pozitivă este foarte importantă în acest timp.

Sfaturi pentru a îmbunătăți scorul ATS. Participanții au fost entuziasmați de această parte a raportului, în special despre utilitatea sfaturilor despre cum să începeți.

În plus, această secțiune a fost atractivă pentru că conține mai multe elemente vizuale și transmite concis mesajul.

Mesaje motivaționale. În prezent, se concentrează și mesajele motivaționale mult pe aspectul fizic și nu suficient pe aspectele mentale și sociale ale depresie. Participanții au fost de acord că mesajele motivaționale ar trebui să continue au un loc proeminent în raport, deși niveluri crescute de croitorie personală

ar fi apreciat.

Formatul raportului. Participanții sunt mulțumiți de raportul trimis de

e-mail deoarece le permite să aleagă cui doresc să partajeze raportul și

o pot face cu ușurință. O condiție importantă este însă dozarea acestora

mesaje, adică cât de regulat sunt trimise aceste e-mailuri.

Frecvența raportului. Marea majoritate a participanților au considerat că utilizatorii

ar trebui să poată decide singuri cât de des doresc să primească un raport. E

volumul trebuie determinat pe baza preferințelor personale și a severității depresiei.

Mai mult, ar trebui să existe un număr minim de zile între fiecare raport, astfel încât

se pot face progrese suficiente.

Utilitatea percepută.

Automonitorizare. Raportul poate motiva persoanele cu depresie să păstreze

să faci lucruri sau să încep să le faci din nou. Demonstrează clar unde

îmbunătățirea este necesară și posibilă și poate ajuta oamenii să-și recapete controlul. Folosind

scoruri și statistici, raportul permite, de asemenea, persoanelor să vadă progresul în timp

care poate fi un factor motivant suplimentar.

Auto-reflexie. Raportul poate ajuta oamenii să înțeleagă de ce se implică în activități fizice

activitatea este importantă și îi face să reflecteze asupra acțiunilor lor.

Intenția utilizatorului. Majoritatea participanților ar dori să folosească activ

raport de feedback. Unii au indicat că vor citi raportul în întregime fiecare

timp, în timp ce alții ar citi întregul raport doar prima dată și, de atunci,

numai acele părți pe care le consideră relevante. Trei persoane au declarat că nu au nicio intenție

de a utiliza raportul de feedback în versiunea sa actuală. Cu toate acestea, l-ar folosi când

adaptat mai mult la depresie.

Activarea comportamentală și schimbarea comportamentală. După majoritatea

participanților, raportul de feedback poate fi activator din punct de vedere comportamental, deoarece poate motiva

și determină clienții să călătorească mai activ și să obțină scoruri mai bune. Cu toate acestea, este

important să adăugați legături mai explicite cu aspectele emoționale și sociale ale

depresie pe. Ca rezultat, conștientizarea de sine a unei persoane poate fi crescută, ceea ce poate

crește eficacitatea intervenției. În cele din urmă, unii participanți au menționat că

raportul de feedback ar putea stimula activarea comportamentală și schimbarea, dar la o mai mare măsură

măsură limitată în faza inițială, unde chiar și un progres mic necesită un efort mare.

Fazele de recuperare ale depresiei. Jumătate dintre participanți au crezut raportul

nu ar trebui adaptate în funcție de fazele de recuperare. Asemănarea creează uniformitate

si sprijin. În funcție de situația actuală, oamenii ar putea alege să ignore unele

secțiuni de raport. Ceilalți participanți au considerat că raportul ar trebui adaptat în

început pentru că poate fi copleșitor, cu prea mulți factori care distrag atenția.

Potrivit acestora, este mai bine să adăugați progresiv raportul secțiunilor de raport în loc de

oferind toate informațiile deodată.

Modificări ale raportului de feedback pentru caracteristicile legate de depresie

Elemente și ajustări lipsă.

Vizualizarea. Raportul conține prea mult text și nu suficiente elemente vizuale și

culoare. Prin adăugarea acestor elemente, oamenii pot găsi raportul mai atrăgător și

lucrează mai mult cu el.

Scorul de bunăstare emoțională. Colectarea de date și calcule legate de starea de spirit

a unui scor legat de emoții inclus în raportul de feedback ar fi esențial

plus..

Bunăstarea socio-emoțională. Raportul ar trebui, de asemenea, să țină cont de socio-ul utilizatorilor.

bunăstarea emoțională și detaliați acest lucru, de exemplu, în sfaturi și motivaționale

mesaje. Participanții au menționat că ar fi dispuși să lucreze în acest sens

aspect, dacă ar fi posibilă urmărirea acestuia prin intermediul raportului de feedback.

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților 117 Călătorie pasivă. Călătoriile pasive în scopuri sociale ar trebui incluse

raportul de feedback, deoarece poate ajuta la promovarea recuperării.

Progres pe termen lung. În prezent, raportul arată doar scorul ATS al

perioada trecuta. Pentru a rămâne motivat, se recomandă să arătați progresia peste a

perioadă mai lungă (de exemplu, trei luni, un an etc.). Majoritatea participanților au indicat

că acest progres este cel mai bine prezentat sub formă de grafic, astfel încât să poată fi înțeles dintr-o privire.

Pozitivitate. Tonul vocii raportului este în prezent destul de negativ.

Mesajele ar trebui reformulate într-un mod mai prietenos și mai încurajator. Mai puțin sau

progresul mai lent ar trebui, de asemenea, aprobat în mod pozitiv. Domeniile de îmbunătățire ar trebui

să fie comunicate de asemenea, dar întotdeauna într-un cadru de întărire pozitiv.

Legătura dintre activitatea socială și starea de spirit. Includerea corelaţiei dintre

activitățile și stările de dispoziție le-ar oferi clienților mai multe informații despre funcționarea lor și

sentimente, care pot stimula schimbarea comportamentală tardivă.

Mai puțin text. Raportul conține în prezent prea multe informații textuale. Mai puțin

textul și mai multe elemente grafice ar crește dorința de a interacționa cu feedback-ul

raport.

Interacțiunea terapeutică. Majoritatea participanților au fost de acord că discutarea raportului

cu terapeutul lor ar fi cel mai bine. Acest lucru permite clientului să obțină mai multe informații despre

propria sa funcționare punând lucrurile în perspectiva potrivită. În plus, cel

terapeutul poate ajuta la determinarea părților raportului care pot fi relevante în acest sens

moment, iar obiectivele personale pot fi legate de raport. În sfârșit, toți participanții

a fost de acord ca raportul să fie trimis doar clientului și că acesta ar trebui să fie

capabil să aleagă dacă să-l împărtășească sau nu cu terapeutul.

Gamificare.

Individualizarea. Opiniile au fost puternic împărțite pentru funcțiile de gamification.

Autonomie din partea utilizatorilor în ceea ce privește caracteristicile de utilizat și care nu

important.

Obiective personale. Potrivit participanților, obiectivele personale nu ar trebui să fie

impuse în mod obligatoriu și să fie discutate cu terapeutul astfel încât acestea să fie în mod adecvat

adaptate individului. Obiectivele prost aliniate pot duce la creșterea stresului și

presiune, care poate afecta negativ procesul de recuperare.

Recompense/insigne. Opinii despre primirea recompenselor sau posibilitatea de a colecta

insignele sunt împărțite. Unii participanți nu au văzut valoarea adăugată, în timp ce alții

crezut că ar putea fi motivant simbolic. Colectarea insignelor nu ar trebui să fie

stresant, dar încurajator.

Clasament și obiective de grup. Majoritatea participanților au fost de acord că se adaugă clasamente și

obiectivele grupului nu sunt potrivite în contextul unui proces de recuperare a depresiei. S-ar putea

demotivează oamenii dacă au performanțe mai slabe decât alți membri ai grupului și creează

presiunea de a efectua.

Forum online. Un forum online îi poate face pe clienți să se simtă mai puțin singuri, să le permită

pentru a intra în contact cu colegii și a face schimb de sfaturi și trucuri. Esențial pentru ca asta să fie

succes este că un astfel de forum trebuie să fie strict monitorizat, astfel încât să nu fie nedorite sau

Sectiunea Articole

118 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clientului pot fi postate mesaje false și că utilizatorii nu încep să accepte un tratament terapeutic.

rol.

Scor pentru activitatea socială.

Pentru majoritatea, nu era sigur cum ar trebui să arate. În plus, majoritatea

am crezut că nu ar fi ușor să punctați activitatea socială, deoarece nevoia acesteia diferă

între persoane. Unii participanți au sugerat că, în loc să atribuie un scor, acesta

ar fi mai bine să ne concentrăm pe relația dintre activitatea socială și starea de spirit.

Conversațiile terapeutice ar putea fi apoi bazate pe aceste relații, iar

planul de tratament ar putea fi ajustat în consecință.

Terapeuții

Aplicație

Figura 8. Prezentare schematică a temelor de aplicare – Terapeuți

Imediat după prezentare, participanților li s-a cerut să puncteze

aplicare în forma sa actuală de la 0 la 10. Terapeuții au dat un punctaj mediu de

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clientului 119 7,5 din 10, deoarece aplicația poate fi utilă, dar vizează doar o parte parțială a

depresie.

Subiecte legate de aplicație

Ușurință în utilizare. Aplicația este foarte ușor de utilizat. Conține o mulțime de

informații și este foarte ușor de utilizat, deoarece nu trebuie să adăugați multe informații în continuare

la meniurile drop-down.

Adnotarea parametrilor. Clienții trebuie să petreacă câteva minute pe zi

actualizați cronologia acestora. Utilizarea principală a meniurilor drop-down a fost pozitivă deoarece aceasta

facilitează semnificativ procesul. Cu toate acestea, ar putea fi problematic pentru clienții cu

probleme de memorie că cronologia poate fi finalizată doar o zi mai târziu.

Claritate. Ambii terapeuți au raportat că cererea este foarte clară. Numai

codificarea culorilor nu a fost complet clară pentru un terapeut și ar trebui explicată

mai bine.

Personalizare. Momentan, aplicația nu este personalizabilă.

Potrivit terapeuților, ar fi bine să se configureze unele aspecte la cele ale clientului

preferințe, cum ar fi culoarea și fontul. Cu toate acestea, cu siguranță nu a fost o necesitate.

Atractivitatea. Potrivit ambilor terapeuți, aplicația conține un bun

echilibru între simplitate și atractivitate. Din moment ce culoarea și formele sunt folosite, așa este

suficient de atrăgătoare. Dacă în viitor se fac modificări în aplicație, așa este

esențial pentru a monitoriza cu atenție echilibrul dintre simplitate și atractivitate

evitați suprastimularea clienților.

Subiecte legate de depresie legate de aplicație

Utilitatea percepută.

Prezentare generală. Aplicația afișează clar toate mișcările active dintr-o privire.

Acest lucru poate fi util pentru clienți, deoarece permite menținerea unei imagini de ansamblu mai bune, a realizării

o mai mare conștientizare de sine.

Valoare adăugată terapeutică. În zilele noastre, clienților li se cere adesea să-și monitorizeze

toată ziua cu pix și hârtie. Cu toate acestea, aplicația este mult mai eficientă și

discret. Ulterior, informațiile din aplicație ar putea fi un punct de plecare

în timpul terapiei pentru a pune întrebări specifice și a adapta intervențiile terapeutice la a

activitățile persoanei.

Intenția utilizatorului. Ambii terapeuți au fost deschiși să folosească aplicația în

terapie. Dacă aplicația ar fi disponibilă, ar recomanda-o clienților lor.

Activarea comportamentală și schimbarea comportamentală. Aplicația în sine nu va rezulta

în activarea comportamentală și/sau schimbarea comportamentală, dar va avea în schimb un suport

funcţie. Cu toate acestea, în cazul în care terapeutul pune întrebări despre datele din

aplicație, poate duce la creșterea conștientizării de sine în numele clientului, ceea ce

la rândul său, poate afecta pozitiv activarea comportamentală. Aplicația necesită o anumită

nivelul de angajament. Ca urmare, clienții sunt mai implicați în recuperare

proces și pot recăpăta controlul asupra situației lor.

Sectiunea Articole

120 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clientului Fazele de recuperare ale depresiei și problemele legate de depresie.

Fazele de recuperare ale depresiei. Pentru a păstra uniformitatea, terapeuții

credea că nu este necesară adaptarea aplicației la faze. Cu toate acestea, utilizarea de

aplicarea ar trebui să difere în funcție de fază. De exemplu, inițial, numai

efectuați o activitate pe zi. Cu alte cuvinte, consilierea care însoțește

aplicarea trebuie adaptată la faze.

Probleme de memorie. Problemele de memorie sunt frecvente la persoanele cu

depresie. Prin urmare, au nevoie de mementouri și notificări opționale, reamintiri

ei să completeze informațiile solicitate. Altfel, mulți ar putea uita

completează cronologia lor.

Modificări ale aplicației pentru caracteristicile legate de depresie

Elemente și ajustări lipsă.

Starea de spirit. O dată sau de mai multe ori pe zi, aplicația ar trebui să evalueze modul în care a

persoana simte sau a simțit pe parcursul zilei. Cu aceste informații, terapeștii pot

personalizați întrebările lor. De-a lungul timpului, este posibil să vedeți conexiuni între

activități și stare de spirit. Terapeuții nu au fost de acord cu privire la adăugarea suplimentară,

ar trebui să fie posibile informații opționale la această evaluare. Pe de o parte, se poate

furnizați alte indicii în timpul terapiei; pe de altă parte, poate duce la interne

speculații în client, care pot împiedica procesul de recuperare.

Informații suplimentare despre activitate. Aplicația ar trebui să permită adăugarea mai multor detalii la

activități finalizate. În prezent, monitorizează unde călătorește o persoană și cu cine.

De asemenea, monitorizează tipul de activitate (de exemplu, muncă, activitate socială etc.). Cu toate acestea, acesta

nu specifică ce activitate anume a fost întreprinsă (de exemplu, cumpărături, mâncare

afară etc.), nu cu cine. Nu numai activitatea fizică, ci și activitatea socială este vitală

pentru recuperarea din depresie și legarea acestor două împreună ar, prin urmare,

faceți aplicația mult mai potrivită pentru grupul țintă.

Liste derulante. Participanții ar trebui să poată adăuga locații etc., în

suplimentar la listele derulante. Acest lucru crește ușurința de utilizare a aplicației.

Accesibilitate pentru alții. Aplicația poate conține informații sensibile

despre o persoană, ceea ce poate duce la suspiciuni din partea utilizatorilor. În plus, este posibil

că clienții nu vor ca partenerul, familia, etc., să poată vedea ce este

introdus în aplicație. Ar trebui să fie posibilă realizarea anumitor date sau

aplicația în sine, inaccesibilă altora.

Interacțiune și relevanță terapeutică.

Urmărire în timpul terapiei. Aplicatia si terapia sunt

complementare, dar nu se pot înlocui unele pe altele. Datele din aplicație pot fi

folosit pentru a ghida terapia. La început, trebuie să existe acorduri clare cu privire la continuarea

fi setat, pentru a evita așteptările nerealiste (de exemplu, terapeutul nu poate monitoriza fiecare

client zilnic in afara sedintelor de terapie).

Numărul de ședințe de terapie. Deși aplicația nu poate înlocui terapia,

indivizii pot avea nevoie de mai puține sesiuni de terapie într-o fază ulterioară de recuperare, din cauza auto-

monitorizare prin aplicație.

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților 121 Raport de feedback

Figura 9. Prezentare generală schematică a temelor raportului de feedback – Terapeuți

Ca și în cazul scorului general al aplicației, terapeuții dau și o medie

scor de 7,5/10 la raportul de feedback. Sunt necesare ajustări ca activitate fizică

este doar o parte a depresiei.

Subiecte legate de raportul de feedback

Conţinut.

Conţinut. Terapeuții au constatat că raportul nu s-a concentrat suficient pe

caracteristici legate de depresie, deoarece activitatea fizică este doar o parte a depresiei.

Negativ. Mesajele din raport sunt transmise prea negativ. În

procesul de recuperare din depresie, întărirea pozitivă este esențială, care este

neincluse suficient în raport.

Sectiunea Articole

122 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Claritate privind implicarea timpurie a clienților. Raportul în forma sa actuală este simplu, atât din punct de vedere vizual, cât și

din punct de vedere al conținutului. Prezintă totul rapid și clar, fără prea multe distrageri.

Atractivitatea.

Raportul este susținut de pictograme și culori diferite, făcându-l

atrăgătoare din punct de vedere vizual. Din nou, trebuie luată precauție cu modificarea raportului, astfel încât

clienții nu sunt suprastimulați.

Componentele raportului.

Sugestii de îmbunătățire. Această secțiune este foarte utilă conform

terapeuți; clienții pot începe imediat cu acest lucru, ceea ce reduce bariera către

Noțiuni de bază.

Mesaje motivaționale. În prezent, acestea nu se adresează în mod adecvat

aspectele emoționale și psihologice ale depresiei. Schimbarea acestor mesaje este

necesar.

Formatul raportului. A fost bine ca raportul să fie trimis clientului prin

e-mail. De fapt, dacă raportul este disponibil doar în aplicație, ar putea fi trecut cu vederea.

În plus, un document PDF este mai mare și mai ușor de citit. În sfârșit, raportul este ușor

pentru a redirecționa prin e-mail, făcând mai convenabil pentru client să-l furnizeze către

terapeut.

Frecvența raportului. Terapeuții nu au fost de acord unul cu celălalt cu privire la

frecvența raportului de feedback. Cuiva îi plăcea să primească raportul săptămânal.

În schimb, celălalt a considerat că ar trebui adaptat la faza actuală de recuperare

se află o persoană. Cineva aflat în faza ulterioară de recuperare are nevoie de o urmărire mai puțin intensă,

și astfel rapoarte mai puțin frecvente.

Subiecte legate de depresie legate de raportul de feedback

Utilitatea percepută. În prezent, raportului de feedback îi lipsesc unele esențiale

secțiuni pentru a-l face suficient de util pentru persoanele cu probleme de depresie. Semnificativ

și activitățile sociale, se combină cu starea de dispoziție, de asemenea, trebuie abordate.

Activarea comportamentală și schimbarea comportamentală. În forma sa actuală, raportul

nu va duce la activarea și/sau schimbarea comportamentală. Cu toate acestea, are un suport

rol. Clienții înșiși trebuie să depună mai puțin efort pentru a ține evidența tuturor și

vor fi, de asemenea, stimulați de raport să se gândească la propria recuperare. Combinate

cu terapie, aceasta poate duce la activarea și/sau schimbarea comportamentului. Din nou, ar trebui

de remarcat că raportul ar fi mult mai eficient atunci când se acordă mai multă atenție

plătit pentru starea de spirit și activitățile unei persoane.

Fazele de recuperare ale depresiei. Ca și în cazul aplicației, terapeuții

a preferat un raport uniform care nu este adaptat fazei în care se află o persoană. Din nou,

terapeutul poate discuta cu clientul cum și în ce măsură va fi utilizat raportul,

ajustarea terapiei în consecință.

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clientului 123 Modificări ale raportului de feedback pentru caracteristicile legate de depresie

Elemente și ajustări lipsă.

Starea de spirit. Raportul ar trebui să includă, de asemenea, un fel de scor de stare de spirit bazat pe

– încă de inclus – evaluări în aplicație (adică, un scor mediu al tuturor

măsuri, nu un scor calculat pe baza activităților persoanei). În e puțin

pe termen mai lung, raportul ar putea include apoi și corelații între starea de spirit și

activitate (de exemplu, dacă cineva efectuează această activitate, este de remarcat faptul că scorul său pentru starea de spirit

în acele zile este semnificativ mai scăzută decât în alte zile).

Activitate socială. Nu numai activitățile fizice sunt importante, ci și activitățile sociale

poate fi de refacere. Când clienții trebuie să adauge ce și cu cine

activități efectuate în aplicație, raportul poate oferi o privire de ansamblu asupra acestui lucru. Această privire de ansamblu

ar trebui să includă activitățile legate de călătoriile active și cele legate de călătoriile inactive

(de exemplu, cu mașina la casa unui prieten pentru a merge la cumpărături, în care cumpărăturile sunt o activitate socială

activitate).

Mesaje motivaționale. Mesajele motivaționale ar trebui să se concentreze mai mult pe

aspectele psihologice, emoționale și sociale ale depresiei. În plus, mesajele

poate fi transmis mai pozitiv pentru a îmbunătăți recuperarea.

Etape mai mici. Raportul funcționează în prezent cu repere importante. Pentru

de exemplu, intervalul scorului ATS este relativ îngust, așa că trebuie deja pus

într-un efort destul de mare pentru a-și îmbunătăți scorul. Luând o abordare în etape mai mici,

oamenii vor avea mai multe experiențe de succes, făcându-i mai probabil să fie

motivat să folosească în continuare raportul.

Progres personal. Graficele ar trebui folosite pentru a vizualiza evoluția pe termen lung.

Acest lucru poate fi atât de confruntare, cât și de motivație pentru clienți. Pe baza acestui lucru, personal

obiectivele pot fi stabilite împreună cu terapeutul.

Interacțiunea terapeutică. Implicarea terapeutică este esenţială când

interpretarea raportului de feedback . Prin conversație, rezultatele pot fi discutate

mai în profunzime și detaliu, următorii pași de tratament pot fi determinați, iar clienții pot

ajunge la o conștientizare de sine crescută.

Gamificare.

Individualizare. În general, trebuie să aveți grijă când adăugați gamification

principii, deoarece aceasta ar putea avea efecte pozitive și negative. Ar putea motiva clienții

pentru a performa mai bine. Cu toate acestea, ar putea fi un factor de stres suplimentar care împiedică

recuperare. Prin urmare, este esențial să evaluăm pentru fiecare client dacă este bine sau nu

pentru a lucra cu elemente de gamification.

Obiective personale. Ar trebui să fie posibilă definirea obiectivelor personale în

aplicație, care sunt apoi abordate în raportul de feedback. Cu toate acestea, aceste obiective

ar trebui să fie întotdeauna stabilite în consultare cu terapeutul, astfel încât acestea să poată fi suficient

individualizate.

Recompense/insigne. Nu este necesar să includeți recompense sau insigne. S-ar putea chiar

împiedică procesul terapeutic, deoarece recuperarea după depresie nu este la fel de ușoară ca

obținerea unei insigne. Obținerea unui compliment sau cuvinte motivaționale la realizarea unui

obiectivul sunt alternative demne.

Sectiunea Articole

124 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Clasificarea timpurie a implicării clienților și obiectivele grupului. Ambele sunt mai predispuse să aibă un efect negativ

deoarece clienții pot începe să se compare între ei, ceea ce poate

fi demotivant. În plus, acest lucru face ca motivația intrinsecă să se diminueze, producând

recidiva mai probabil.

Forum online. Ar putea fi interesant, dar terapeuții se întrebau

în ce măsură va fi fezabil. La urma urmei, un astfel de forum trebuie monitorizat intens

și moderată pentru a preveni răspândirea informațiilor negative și/sau false.

Scor pentru activitatea socială. Ambii terapeuți au fost de acord că un scor pentru social

activitatea este o chestiune delicată. Pe de o parte, poate duce la stres pentru că cineva dorește

pentru a obține un scor cât mai mare, care poate influența negativ recuperarea. Pe

pe de altă parte, doar pentru că cineva a avut multe contacte sociale nu înseamnă asta

erau plăcute sau semnificative. Prin urmare, în prezent, pare mai bine să vă abțineți

dintr-un asemenea punctaj din raport.

Discuţie

Studiul actual a servit ca un prim pas în dezvoltarea co-creației

procesul TOTEM, în care au fost evaluați clienții cu depresie și psihologi

utilitatea aplicației HTB și a raportului de feedback care vizează creșterea călătoriilor -

activitate fizică asociată pentru depresie. Participanții au fost entuziasmați de

aplicația și a perceput-o ca fiind ușor de utilizat, relevantă, clară, utilă și

atractiv. Printre altele, s-a indicat ca cererea să completeze

îngrijire standard (de exemplu, consultații săptămânale). Ar încuraja oamenii să se implice

mai multe activități și majoritatea indivizilor ar fi interesați să folosească aplicația ca un

motivator extern. Cu toate acestea, aspectele emoționale au fost subliniate în prezent în

aplicația (de exemplu, evaluarea sentimentelor). Creșterea croitării și dozată corespunzător

notificările push ar fi de asemenea utile. Majoritatea participanților au fost, de asemenea, destul de des

entuziasmat de raportul de feedback. Participanții au indicat că raportul ar trebui

să fie mai bine adaptate la depresie. De exemplu, psihoeducația oferită în prezent

prea multe aspecte fizice în loc de sănătate mintală și activități sociale.

Cu toate acestea, participanții au perceput raportul de feedback ca fiind clar, util și

relevante. Aproximativ jumătate dintre participanți au considerat că raportul de feedback ar putea dura

fazele de recuperare a depresiei luate în considerare, de exemplu, prea multe informații pentru începutul

faze. În mod similar, experții au subliniat, de asemenea, că în cazul în care cererea și feedback-ul

raportul ar fi utilizat în terapie, consilierea ar trebui să fie adaptată pentru diferite

fazele de recuperare a depresiei.

Rezultatele s-au orientat în principal spre utilitatea TOTEM ca agent extern

motivator. Acestea fiind spuse, se vizează funcționalitățile oferite în platformă

dezvoltarea motivației intrinseci în timp (de exemplu, stabilirea obiectivelor, schelele, alegerea

opțiuni, alianță terapeutică, oportunități pentru activități sociale), țintirea nevoilor

transmis de teoria autodeterminarii (SDT). Această teorie presupune un continuum

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): implicarea timpurie a clientului 125 de motivație, variind de la tipuri de motivație controlate extrinsec la auto-

motivație dirijată sau „intrinsecă”. Motivația intrinsecă este condusă de conștientizarea de sine

și provoacă satisfacție inerentă, rezultând o schimbare mai susținută a comportamentului. În

în contrast, motivaţia extrinsecă este mai mult condusă de o orientare instrumentală, rezultând

în schimbarea comportamentului mai puțin stabilă (Kushnir et al., 2016), pentru categorii detaliate și o

testul structurii continue, vezi Howard et al. 2017 (Howard et al., 2017). În

Pe lângă profilurile motivaționale, SDT postulează trei nevoi intrinseci de bază care funcționează

ca resurse motivaţionale: 1) Nevoia de competenţă: sentimente de succes şi

eficiență, 2) Nevoia de autonomie: libertate psihologică (sau de decizie) și voință,

acționând fără presiune sau impunere din partea unei surse externe (sau sarcină

semnificație), și d 3) Nevoia de relație socială: apartenență, atașament și grijă

cu privire la alții semnificativi sau la un grup (Sailer et al., 2017). Într-adevăr, TOTEM este

o extensie elaborată a HTB. De exemplu, permițând clienților să adauge planificate

activitățile sociale și persoana (persoanele) care le-a însoțit în timpul acelei activități.

Mai mult, va încuraja în mod proactiv clienții să desfășoare activități sociale, de exemplu, în

forma JITAI. Experiența reală a utilizatorului cu aplicația HTB și feedback

raportul, ca componentă a TOTEM, ar fi putut oferi oportunitatea candidatului

utilizatorii să experimenteze potențialul de creștere a nivelurilor de dezvoltare și/sau de creștere

de motivaţie intrinsecă, de asemenea, pe lângă motivaţia externă.

Prin demonstrarea potențialului de creștere a activității fizice legate de călătorie

ca o completare la ingrijirea standard pentru depresie, studiul actual a aratat promitator pentru

utilizarea TOTEM, care se bazează în continuare pe aceasta prin încorporarea principiilor CBT

și activarea comportamentală, fenotiparea digitală și JITAI într-un format de îngrijire combinată.

În forma sa actuală, TOTEM este aplicabil în special pentru adulții (tineri) cu o

afinitate pentru tehnologie. Deși acest grup este foarte relevant datorită prezenței sale în

pe piața muncii, alte populații țintă pot beneficia mai puțin de pe urma platformei sale

formatul curent. De exemplu, odată cu vârsta, vârstnicii sunt predispuși la sănătatea (mentală).

probleme și necesită un sprijin sporit care poate depăși îngrijirea medicală

profesioniștii pot oferi (Lara și colab., 2020; Messner și colab., 2019). Prin urmare, odată

stabilit în formatul actual, TOTEM ar trebui să vizeze și adulții în vârstă, pentru

de exemplu, prin utilizarea diferitelor modele sau prin încorporarea instruirii în tehnologie. Altul

grupul relevant care ar putea fi vizat este persoanele cu alfabetizare scăzută în domeniul sănătății, care sunt mai multe

probabil să întârzie sau să renunțe la îngrijirea adecvată (Levy & Janke, 2016).

TOTEM vizează în prezent îngrijirea secundară, cu psihologi, printre

alții, folosind aplicația pentru a-și completa practica curentă. O provocare pentru

o implementare mai largă a TOTEM în îngrijirea secundară constă într-o adoptare suficientă

de către practicieni. Prin urmare, cercetările viitoare privind eficacitatea TOTEM sunt

esenţial. Același lucru este valabil și pentru medicii generaliști, care ar servi acum ca

gardieni care ghidează pacienții cu simptome depresive către îngrijitorii respectivi

care implementează platforma, în loc să se bazeze pe psiho-farmacologie ca primă

linie de apărare. Cu toate acestea, TOTEM ar putea fi folosit și pentru îngrijirea primară, atunci când acesta

ar fi distribuit pe scară largă ca o aplicație independentă pentru depresia ușoară

simptome care depăşesc psihoeducaţia standard. Medicii generalişti ar

Sectiunea Articole

Apoi, recomandăm platforma direct, fără intervenția unui terapeut.

Cu toate acestea, trebuie avut grijă în cazul în care cei care necesită sprijin suplimentar

(adică, cu indicații de simptome moderate până la severe) ar fi în continuare referite la a

clinician pentru ajutor. Deși nu sunt complet excluse pentru viitor, planurile de utilizare în

îngrijiri terțiare nu se fac până acum.

Limitări

Studiul actual constă într-un prim pas în procesul de dezvoltare a

TOTEM, care este supus co-creării și unor teste extinse viitoare. Actual

ideile, eforturile și rezultatele sunt preliminare și mai mult teoretizate, dezvoltare și

cercetarea ar trebui implementată înainte de contribuția TOTEM la îngrijirea standard

primește suportul empiric necesar. Din cauza Covid-19, am folosit online

interviuri. Deși o metodă recomandată în timpul blocajelor (Moises &

Torrentina, 2020), care devenise deja mainstream înainte de acel moment

(O'Connor & Madge, 2017), există câteva dezavantaje (de exemplu, probleme tehnice,

distanță mai mare între intervievat și cercetător) (O'Connor & Madge, 2017) .

În plus, am folosit un ghid de interviu semistructurat care acoperă subiecte predefinite,

care ar fi putut împiedica participanții să ofere spontan noi subiecte

(Dirix și colab., 2022).

Concluzii

Atât utilizatorii finali, cât și experții au luat în considerare o aplicație cu un raport de feedback

să monitorizeze și să îmbunătățească activitatea fizică legată de călătorii ca un plus valoros pentru

îngrijire standard pentru depresie. În mod clar, aplicația trebuie adaptată

persoanele cu depresie (de exemplu, mai mult accent pe alte activități decât activități fizice)

și nu poate fi utilizat ca aplicație independentă. Evaluare ecologică momentană

ar putea crește atenția pentru sentimente și emoții. Perspectivele actuale vor fi

aplicat platformei TOTEM care încorporează în plus principiile CBT și

BA, împreună cu fen otiparea digitală și JIAI, după care va fi supus

continuarea co-creării înainte de implementare.

Nota autorilor

Veerle Ross https://orcid.org/0000 -0002 -7830 -7892

Kris Brijs https://orcid.org/0000 -0002 -1542 -5496

Hélène Dirix https://orcid.org/0000 -0001 -7652 -1070

Geert Wets https://orcid.org/0000 -0002 -5485 -9705

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților 127 An Neven https://orcid.org/0000 -0003 -0165 -1799

Yves Vanrompay https://orcid.org/0000 -0002 -4208 -5925

Neree Claes https://orcid.org/0000 -0003 -2887 -380X

Declarații: Autorii declară că nu există conflict de interese.

Actualul a primit finanțare IOF POC (număr grant: IOF19 -POC -002).

Mulțumiri: Studiul a fost aprobat de Etica Social-Societală

Comitetul (SSEC) de la Universitatea Hasselt (REC/SMEC/VRAI/190/124). Autorii

Doresc să mulțumesc clienților și terapeuților care au participat la studiul actual.

De asemenea, ar dori să mulțumească lui Xante Janssens, Dries Knuts și J elte Huibers pentru transcrierea interviurilor. Mai mult, ar dori să mulțumească pentru Lies De Deygere asistența ei la schimbările editoriale.

Referințe

Abdullah, S., Matthews, M., Frank, E., Doherty, G., Gay, G. și Choudhury, T. (2016). Detectarea automată a ritmurilor sociale în tulburarea bipolară. Jurnalul de Asociația Americană de Informatică Medicală, 23 (3), 538 -543. https://doi.org/ 10.1093/jamia/ocv200

Akanksha, E., Sharma, N. și Gulati, K. (2021). Revizuirea învățării prin întărire, evoluția cercetării și domeniul de aplicare. A 5-a Conferință Internațională privind Metodologii de calcul și comunicare (ICCMC), 1416 -1423. https://doi.org/ 10.1109/ICCMC51019.2021.941 8283

Aleem, S., Huda, NU, Amin, R., Khalid, S., Alshamrani, SS și Alshehri, A. (2022). Algoritmi de învățare automată pentru depresie: diagnostic, perspective și direcții de cercetare. Electronics, 11 (7), 1111. https://doi.org/10.3390/ electronics 11071111

Batool, T., Knapen, L., Vanrompay, Y., Neven, A., Brijs, K., Ross, V., Paul, D., Janssens D. și Wets, G. (2018). Proiectarea unei intervenții de feedback pentru a crește activitatea fizică legată de călătorie a pacienților cu BCV. Procedia Computer Science e, 141, 434 -441. https://doi.org/10.1016/j.procs.2018.10.170

Batool, T., Neven, A., Smeets, CJ, Scherrenberg, M., Dendale, P., Vanrompay, Y., Adnan, M., Ross, V., Brijs, K., Wets, G. și Janssens, D. (2022). Un randomizat studiu controlat pentru a îmbunătăți activitatea fizică legată de călătorie: un studiu pilot în

pacienţii cu boală coronariană. Journal of Transport & Health, 25 ,

101344. https://doi.org/10.1016/j.jth.2022.101344

Baumel, A., Fleming, T. și Schueller, SM (2020). Microintervenții digitale pt

câștiguri comportamentale și de sănătate mintală: componente de bază și conceptualizare a

îngrijire digitală de microintervenție. Journal of Medical Internet Research, 22 (10),

e20631.https://doi.org/ 10.2196/20631

Bevan Jones, RS, Agha, SS, Rice, S., Werner-Seidler, A., Stasiak, K., Kahn, J.,

Simpson, SA, Alvarez-Jimenez, M., Rice, F., Evans, R. & Merry, S. (2020).

Sectiunea Articole

128 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Revizuirea unui practician de implicare timpurie a clienților: co-proiectarea tehnologiilor digitale de sănătate mintală cu

copii si tineri. Jurnal de psihologie și psihiatrie a copilului. 61(8),

928–940. https://doi.org/ 10.1111/jcpp.13258

Braun, V. și Clarke, C. (2008). Utilizarea analizei tematice în psihologie. Calitativ

Cercetare în psihologie, 3 (2), 77 -101. https://doi.org/10.1191/ 1478088 706q

p063oa

Cane, J., O'Connor, D. și Michie, S. (2012). Validarea domeniilor teoretice

cadru de utilizare în cercetarea privind schimbarea comportamentului și implementarea.

Implementation Science, 7 (1), 37. https://doi.org/ 10.1186/1748 -5908 -7-37

Chandrashekar, P. (2018). Funcționează aplicațiile mobile de sănătate mintală: dovezi și

recomandări pentru proiectarea de aplicații mobile de înaltă eficacitate pentru sănătatea mintală.

Mhealth, 4 , 6-6. https://doi.org/10.21037/mhealth.2018 .03.02

Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. și

Saxena, S. (2016). Tratamentul extins al depresiei și anxietății: o globalitate

analiza rentabilității investiției. The Lancet Psychiatry, 3 (5), 415 -424.

https://doi.org/10.1016/ s2215 -0366(16)30024 -4

Daniels, NE, Hochstenbach, LM, van Bokhoven, MA, Beurskens, AJ și

Delspaul, PA (2019). Implementarea tehnologiei de eșantionare a experienței pentru

analiza funcțională în medicina de familie – o abordare a gândirii de design. Frontiere

în Psihologie, 10, 2782. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02782

Devins, GM, Orme, CM, Costello, CG, Binik, YM, Frizzell, B., Stam, HJ,

& Pullin, WM (1988). Măsurarea simptomelor depresive în boală

populații: proprietăți psihometrice ale centrului de studii epidemiologice

scala de depresie (CES -D). Psihologie şi Sănătate, 2 (2), 139 -156.

https://doi.org/10.1080/08870448808400349

Dirix, H., Ross, V., Brijs, K., Bertels, L., Alhajyaseen, W., Brijs, T., .Wets, G. și

Spooren, A. (2022). Transport public cu autobuzul prietenos cu autismul: Un personal

perspectiva bazată pe experiență. Autism, 1-16. doi:https://doi.org/10.1177/ 13623

613221132106

Eldredge, LK, Markham, CM, Ruiter, RA, Fernández, ME, Kok, G., & Parcel,

GS (2016). Planificarea programelor de promovare a sănătății: o cartografiere a intervenției

abordare (ediția a IV-a). San Francisco: Jossey -Bass.

Gillain, B., Degraeve, G., Dreesen, T., De Bruecker, G., Buntinx, E., Beke, D., . . .

Vandersmissen, I. (2022). Modele de tratament din lumea reală, rezultate, resurse

utilizarea și costurile în tulburarea depresivă majoră rezistentă la tratament:

PATTERN, un studiu de cohortă retrospectiv în Belgia m. Farmacoeconomie -

Deschis, 6 (2), 293 -302. https://doi.org/10.1007/s41669 -021-00306 -2

Hardeman, W., Houghton, J., Lane, K., Jones, A. și Naughton, F. (2019). O

revizuirea sistematică a intervențiilor adaptative just-in-time (JITAIs) pentru promovare

activitate fizică. Jurnalul Internațional de Nutriție Comportamentală și Fizică

Activitate, 16 (1), 31. https://doi.org/ 10.1186/s12966 -019-0792 -7.

Herrick, SS, Hallward, L. și Duncan, L. (2020). „Așa mă descurc”: An

analiza tematică inductivă a conținutului de recuperare a tulburărilor alimentare create și

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților 129 distribuită pe TikTok folosind #EDrecovery. Jurnalul Internațional de Mâncare

Tulburări, 54 (4), 516 -526. https://doi.org/10.1002/eat.23463

Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., Cuijpers, P., Furukawa,

T., Kessler, R., Kohrt, B., Maj, M., MCGorry, P., Reynolds, C., Weissman, M.,

Chibanda, D., Dowrick, C., Howard, L., Hoven, C., Knapp, M., Mayberg, H.,

... Wolpert, M. (2022). Este timpul pentru o acțiune unită asupra depresiei: A Lancet – World

Comisia Asociației de Psihiatrie. The Lanc et, 399 (10328), 957 -1022.

https://doi.org/10.1016/S0140 -6736(21)02141 -3

Hofmann, SG, Asnaani, A., Vonk, IJ, Sawyer, AT și Fang, A. (2012). The

eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale: o revizuire a meta-analizelor. Cognitiv

Therapy and Research, 36, 427–440.

Hopko, DR, Lejuez, CJ și Hopko, SD (2004). Activarea comportamentală ca an

intervenție pentru simptomele depresive și anxioase coexistente. Caz clinic

Studii, 3 (1), 37 -48. https://doi.org/10.1177/1534650103258969

Howard, JL, Gagné, M. și Bureau, JS (2017). Testarea unei structuri continuum a

motivație autodeterminată: O meta-analiză. Buletinul psihologic, 143 (12),

1346. https://doi.org/10.1037/bul0000125

Insel, TR (2018). Fenotiparea digitală: un instrument global pentru psihiatrie. Lume

Hiatrie psihică, 17 (3), 276. https://doi.org/10.1002/wps.20550

Jacobson, NS, Dobson, KS, Truax, PA, Addis, ME, Koerner, K., Gollan, J.

K., Gortner, E., & Prince, SE (1996). O analiză componente a cognitive -

tratament comportamental pentru depresie. Jurnalul de Consultanță și Clinică

Psihologie, 64 (2), 295. https://doi.org/10.1037/0022 -006x.64.2.295

Kushnir, V., Godinho, A., Hodgins, DC, Hendershot, CS și Cunningham, JA

(2016). Motivația de a renunța sau de a reduce jocurile de noroc: asocieri între sine -

Teoria determinării și modelul transteoretic al schimbării. Jurnalul de

Boli de dependență, 35 (1), 58 -65. https://doi.org/10.1080/ 10550887. 2016.

1107315

Lara, R., Vázquez, ML, Ogallar, A. și Godoy -Izquierdo, D. (2020). Optimismul și

sprijinul social moderează relaţia indirectă dintre autoeficacitate şi

fericirea prin sănătatea mintală la vârstnici. Psihologia Sănătății Open, 7 (2).

https://doi.org/10.1177/2055102920947905

Levy, H. și Janke, A. (2016). Educație în domeniul sănătății și acces la îngrijire. Jurnalul de Sănătate

Comunicare, 21 (Suppl), 43 -50. https://doi.org/10.1080/10810730. 2015.

1131776

Ly, KH, Carlbring, P. și Andersson, G. (2012). Pe baza de activare comportamentală

tratament ghidat de autoajutorare administrat printr-o aplicație pentru smartphone:

protocol de studiu pentru un studiu controlat randomizat. Încercări, 13 (62), 1 -6.

https://doi.org/10 .1186/1745 -6215 -13-62

Mansson, L., Wiklund, M., Öhberg, F., Danielsson, K. și Sandlund, M. (2020). co-

crearea cu adulții în vârstă pentru a îmbunătăți experiența utilizatorului cu autotestarea unui smartphone

aplicație pentru evaluarea funcției de echilibru. Jurnalul Internațional de Mediu

 Research and Public Health, 17 (11), 3768. https://doi.org./ 10.3390/ ijerph

17113768

Merriman, SE, Plant, KL, Revell, KM și Stanton, NA (2021). Ce putem

Învățați din coliziunile automate cu vehicule? O analiză tematică deductivă a cinci
coliziuni automate de vehicule. Safety Science, 141, 105320. https://doi.org/1 0.
1016/ j.ssci.2021.105320
Messner, EM, Probst, T., O'Rourke, T., Stoyanov, S. și Baumeister, H. (2019).
Aplicații mHealth: potențiale, limitări, calitate actuală și viitor
direcții. Studii în neuroștiință, psihologie și economie comportamentală,
235–248. https://doi.org/10.1007/978 -3-030-31620 -4_15
Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W.,
Eccles, MP, Cane, J. & Wood, CE (2013) . Tehnica de schimbare a comportamentului
taxonomie (v1) a 93 de tehnici grupate ierarhic: construirea an
consens internațional pentru raportarea intervențiilor de schimbare a comportamentului.
Anuale de Medicină Comportamentală, 46 (1), 81 -95. https://doi.org/10.1007/s12160 -
013-9486 -6
Moises C., Jr. Torrentira (2020). Colectarea online a datelor ca adaptare în conducere
cercetare cantitativă și calitativă în timpul pandemiei de COVID -19.
European Journal of Education Studies, 7 (11), 78 -87. https://doi.org/10.
46827/ ejes.v7i11.3336
Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, NA, Jin, R., Druss, B., Wang, PS, Wells, K.
B., Pincus, HA & Kessler, RC (2010). Bariere în calea tratamentului de sănătate mintală:
Rezultatele din Replicarea Sondajului Național de Comorbiditate. Psihologic
Medicină, 41 (8), 1751 -1761. https://doi.org/10.1017/S0033291710002291
Mulvenna, MD, Bond, R., Delaney, J., Dawoodbhoy, FM, Boger, J., Potts, C. și
Turkington, R. (2021). Probleme etice în democratizarea fenotipurilor digitale și
învățarea automată în următoarea generație de tehnologii digitale de sănătate.
Philosophy & Technology, 34 (4), 1945 -1960. ht tps://doi.org/ 10.1007/s13347 -

021-00445 -8

Nahum -Shani, I., Smith, SN, Spring, BJ, Collins, LM, Witkiewitz, K., Tewari,

A., & Murphy, SA (2018). Intervenții adaptive just-in-time (JITAI) în

sănătate mobilă: componente cheie și principii de proiectare pentru sănătatea continuă

suport comportamental. Annals of Behavioral Medicine, 52 (6), 446 -462.

https://doi.org/ 10.1007/s12160 -016-9830 -8

O'Connor, H. și Madge, C. (2016). Interviu online. În, N., M Lee, R., Blank,

G. (Eds.), Manualul SAGE al metodelor de cercetare online (ediția a 2-a, 416 -

434.). SALVIE.

Pedrelli, P., Bentley, KH, Howe, E. și Shapero, BG (2 019). Rolul de

tehnologie în tratamentul depresiei. În BG Shapero, D. Mischoulon și

C. Cusin, The Massachusetts General Hospital Guide to Depression (179-192).

Humana Press. https://doi.org/ 10.1007/978 -3-319-97241 -1

 Peng, Z., Hu, Q. și Dang, J . (2017). Recunoașterea depresiei bazată pe SVM multi-kernel

folosind datele din rețelele sociale. Jurnalul internațional de învățare automată și

Cibernetică, 10 (1), 43 -57. https://doi.org/ 10.1007/S13042 -017-0697 -1

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Etape şi procese de auto-schimbare a

fumatul: spre un model integrator de schimbare. Journal of Consulting Clinical

Psihologie, 51 (3), 390 -395. https://doi.org/10.1037/0022 -006x.51. 3.390

Read, J. și Williams, J. (2018). Efectele adverse ale antidepresivelor raportate de a

cohortă internațională mare: tocire emoțională, suicid și retragere

efecte. Siguranța actuală a medicamentelor, 13 (3), 176 -186. https://doi.org/10.2174/1574 886

31366618060 5095130

Richards, DA, Ekers, D., McMillan, D., Taylor, RS, Byford, S., Warren, FC,

Barrett, B., Farrand, PA, Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, ER, Wright, KA, Hollon, SD, Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E. & Finning, K. (2 016). Costul și rezultatul activării comportamentale versus terapie cognitiv-comportamentală pentru depresie (COBRA): o terapie randomizată, studiu controlat, de non-inferioritate. The Lancet, 388 (10047), 871 -880. https://doi.org/ 10.1016/s0140 -6736(16)31140 -0

Romain, AJ, Horwath, C. și Bernard, P. (2018). Predicția activității fizice nivel folosind procese de schimbare din modelul transteoretic: experiential, comportamentală sau un efect de interacțiune? Jurnalul american de promovare a sănătății, 32(1), 16 -23. https://doi.org/10.1177/0890117116686900

Sailer, M., Hense, JU, Mayr, SK și Mandl, H. (2017). Cum gamification motivează: Un studiu experimental al efectelor designului specific de joc elemente privind satisfacerea nevoilor psihologice. Calculatoare în comportamentul uman, 69, 371 -380. https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.12.033

Saldana, J. (2013). Manualul de codificare pentru cercetătorii calitativi (ed. a II-a). Thousand Oaks, California: SAGE.

Shinohara, K., Efthimiou, O., Ostinelli, EG, Tomlinson, A., Geddes, JR, Nierenberg, AA, Ruhe, HG, Furukawa, TA și Cipriani, A. (2019). Eficacitatea comparativă și acceptabilitatea antidepresivelor pe termen lung tratamentul depresiei majore: protocol pentru o revizuire sistematică și networkmeta -analiza. BMJ deschis, 9 (5), e027574. https://doi.org/10.1136/ bmj deschis -2018 -027574

Si, Q. și Hubbard, J. (2021). O comparație a limbii străine elementare programe în China și SUA. Revista Fudan de Științe Umaniste și Sociale Științe, 14 , 319 -344. https://doi.org/ 10.1007/s40647 -021-00320 -y

Teepe, GW, Da Fonseca, A., Kleim, B., Jacobson, NC, Salamanca Sanabria, A.,

Tudor Car, L., Fleisch, E. & Kowatsch, T. (2021). Adaptiv la timp

mecanismele aplicațiilor mobile populare pentru persoanele cu depresie: sistematice

căutarea aplicațiilor și revizuirea literaturii. Journal of Medical Internet Research, 23 (9),

e29412. https://doi.org/10.2196/29412

Thase, M., McCrone, P., Barrett, M., Eells, T., Wisniewski, S., Balasubramani, G.,

Brown, G. & Wright, J. (202 0). Îmbunătățirea rentabilității și a accesului la

psihoterapie asistată în perioade de criză și nu numai. Psihoterapie și

Psihosomatică, 89 (5), 307 -313. https://doi.org/10.1159/00050 8143

van Agteren, J., Iasiello, M., Ali, K., Fassnacht, DB, Furber, G., Woodyatt, L.,

Howard, A. și Kyrios, M. (2021). Folosind abordarea cartografierii intervenției pentru

dezvoltarea unei intervenții de sănătate mintală: un studiu de caz privind îmbunătățirea raportării

standarde pentru dezvoltarea intervenţiilor psihologice. Frontiere în psihologie,

12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648678

Van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., Van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G.,

Smit, JH și Riper, H. (2014). Aderarea la internet și față în față

terapia cognitiv-comportamentală pentru depresie: o meta-analiză. Plos One, 9 (7),

e100674. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100674

Van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, ET, & van

Gemert -Pijnen, LJ (201 4). Îmbinând terapia online cu obișnuit față în față

terapia pentru depresie: conținut, raport și precondiții în funcție de pacienți și

terapeuți care folosesc un studiu Delphi. BMC Psychiatry, 14 (1), 355. https://doi.org /

10.1186/s12888 -014-0355 -z

Vilagut, G., For rero, CG, Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening pentru depresie în populația generală cu Centrul de Studii Epidemiologice Depresia (CES -D): o revizuire sistematică cu meta-analiză. Plos One, 11 (5), e0155431. https://doi.org/10.1371/jou rnal.pone.0155431

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților 133 Anexa 1. Ghid de interviu semi-structurat

Lista de subiecte

1) General: prima impresie după demonstrație

2) HTB -app

3) Raport de feedback

4) Întrebări de încheiere

Întrebări generale

Înainte de a începe interviul despre aplicație și raportul de feedback, vă voi oferi câteva informații și pune câteva întrebări generale.

- Amintiți-vă că ați semnat un consimțământ informat. Ai dreptul să oprești interviu în orice moment. Puteți confirma verbal dacă sunteți de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor dumneavoastră, desigur anonim.
- Interviul va fi despre aplicație și raportul de feedback al căruia tocmai ați primit un prezentare. A fost totul clar în prezentare? Dacă aveți întrebări, le poți întreba acum sau în timpul interviului. Nu există răspunsuri corecte sau greșite la întrebări. Dacă doriți să oferiți un răspuns negativ despre aplicație în feedback raport, acest lucru se poate face. Învățăm cel mai mult din răspunsurile sincere. Acest lucru nu va afecta orice, cum ar fi terapia, disponibilitatea aplicației pe termen lung etc.
- Vă puteți prezenta pe scurt? Folosești des smartphone-ul, știi orice despre aplicații, la ce folosești smartphone-ul etc.

 Care este motivul/motivația ta pentru a participa?

 Ce sperați că ar fi putut face aplicația pentru dvs. în timpul depresiei? (dacă

întrebare dificilă, va fi pusă din nou mai târziu în interviu).

Întrebări legate de aplicația Health & Travel Behavior (HTB) și raportul de feedback

Întrebări legate de aplicație. Această parte a interviului este concentrată în principal pe

aplicația HTB, așa că încercați să răspundeți la întrebări și din această perspectivă. Feedback-ul

raportul va fi discutat într-o secțiune ulterioară. Dacă în timpul interviului brusc

veniți cu ceva despre raportul de feedback, acest lucru poate fi desigur menționat și

nu trebuie să așteptați până la următoarea parte. (arată diapozitivul 9)

 În general, care este prima ta impresie despre aplicație?

o Scor între 0 și 10?

o Care este motivul pentru care se acordă acest punctaj?

 Dacă aplicația este disponibilă, ați dori să utilizați singur aplicația? De ce/de ce nu?

 Care ar fi motivul(ele) principal(e) pentru a începe să utilizați aplicația?

 Când aveți așteptări pentru o interacțiune umană? Când crezi că este asta

de dorit? Sau preferați să păstrați acest anonimat și independent.

 Tocmai ați văzut câteva exemple de ecrane ale aplicației în prezentare. Ai găsit asta

destul de atractiv? Ți-au vorbit?

 În timp ce vedeai imaginile, aplicația ți s-a părut clară? Ce a fost clar/ce a fost

neclar?

 Aplicația este clară?

 După o introducere inițială, cât de ușor de utilizat vi se pare aplicația?

Sectiunea Articole

134 O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clientului Crezi că este în regulă că mai trebuie să completezi singur lucrurile și că acest lucru poate

se face doar o zi mai târziu?

- Este necesară adaptarea aspectului la persoanele cu depresie? Din cauza cognitive

plângeri. Ai sfaturi?

o Poate depinde și de faza de recuperare după depresie: debut, îmbunătățire,

recuperare

- Vi se pare realist să completați toate informațiile solicitate? În funcție de

faza in care te afli: start, imbunatatire, recuperare.

- Crezi că aplicația poate fi utilă persoanelor cu depresie? De ce/de ce nu?

- Activarea comportamentală este dificilă în cazul depresiei, cum ar putea ajuta aplicația?

o Ar fi util un sistem de prieteni pentru acea activare (terapeut, coleg pacient,

…)? Dacă da, cine ar trebui să fie acel prieten?

- Această aplicație a fost dezvoltată inițial pentru pacienții cardio și, prin urmare, este, de asemenea, concepută

din această perspectivă. Când ne uităm acum la depresie din punct de vedere, sunt

Există lucruri care crezi că lipsesc sau care trebuie ajustate?

- Recuperarea din depresie urmează un anumit curs: debut, ameliorare,

recuperare. Ai senzația că ai nevoie de lucruri diferite de la aplicația din

diferite faze? De exemplu: într-o fază inițială unde sunt încă mulți

plângeri sau într-o fază ulterioară în care știți deja o recuperare, dar totuși

nevoie de îndrumare.

- Ce intervenții utile ale terapeutului crezi că ar putea fi digitalizate?

- Ați găsit aplicația suficient de personalizabilă pentru preferințele personale? De ce/de ce

nu?

- Aveți comentarii pentru a îmbunătăți aplicația?

Întrebări legate de raportul de feedback. Această parte a interviului se concentrează în principal pe

raport de feedback, așa că încercați să răspundeți la întrebări și din această perspectivă. Dacă în timpul

interviu vii brusc cu ceva despre aplicația HTB, acest lucru poate fi, desigur

menționat, deci nu contează că am trecut deja peste această parte.

 În general, care este prima ta impresie despre raportul de feedback?

o Scor între 0 și 10?

o Care este motivul pentru care se acordă acest punctaj?

 Ce părere aveți despre conținutul raportului de feedback?

 Raportul de feedback vă va motiva suficient pentru a crește numărul de studii fizice

activitățile pe care le desfășurați?

 Activarea comportamentală este dificilă în cazul depresiei, cum ar putea raporta feedback-ul

Ajutor?

o Ar fi util un sistem de prieteni pentru acea activare (terapeut, coleg pacient,

…)? Dacă da, cine ar trebui să fie acel prieten?

 Dacă ați folosi aplicația, ați folosi în mod activ raportul de feedback? De exemplu:

urmați recomandările, citiți citate etc. Aveți sugestii care ar putea

motiva?

 Ați văzut câteva exemple din raportul de feedback din prezentare. Ai găsit

destul de atractiv? Ți-au vorbit?

 Când ați văzut imaginile, raportul vi s-a părut clar? Ce a fost clar/neclar?

Sectiunea Articole

O aplicație mobilă pentru depresie (TOTEM): Implicarea timpurie a clienților 135 Credeți că utilizarea raportului de feedback poate fi utilă pentru persoanele cu

probleme cu depresia? De ce/de ce nu?

 Dacă nu este util, ce ar trebui schimbat pentru a face raportul util pentru persoanele cu

depresie?

 După cum sa menționat deja, totul a fost dezvoltat inițial pentru persoanele cu inimă

probleme și, prin urmare, se bazează și pe această abordare. Privind acum din

din punctul de vedere al problemelor depresiei, există lucruri despre care credeți că lipsesc sau de care aveți nevoie

să fie schimbat din raportul de feedback?

 Recuperarea după depresie are un anumit curs: început, ameliorare,

recuperare. Simțiți că aveți nevoie de lucruri diferite față de raportul de feedback din

diferite faze? De exemplu: într-o fază inițială unde sunt încă mulți

reclamații sau într-o fază ulterioară în care cunoașteți deja o recuperare, dar îndrumări

este încă nevoie.

 În zilele noastre, se acordă multă atenție conceptului de „gamificare”. Gamificarea este

aplicarea principiilor și tehnicilor de joc într-un context non-gaming. eu sunt

acum voi da câteva exemple care ar putea fi folosite în viitor, puteți

apoi indicați ce părere aveți despre fiecare exemplu:

o Posibilitatea de recompense (financiare, materiale, insignă, puncte, …)

o Provocări

o Clasament (anonim)

o Progres personal: grafic cu evoluția în timp

o Lucrul în jurul obiectivelor grupului

o Sfaturi și sfaturi care pot fi schimbate prin intermediul unui forum.

 Scorul ATS se referă la mișcare. Pentru a aborda depresia, concentrarea ar trebui nu numai

consta pe a fi activ fizic, dar și pe a fi activ social. Asta in prezent

primește puțină atenție în aplicație. „Indicatorul pentru exerciții”, cum ar arăta asta

ca pentru activitatea sociala?

 În prezent, raportul de feedback este trimis prin e-mail. Ești mulțumit de asta sau

ai vrea sa vezi o ajustare?

 Cât de des ați dori să primiți un raport de feedback?

 Aveți comentarii pentru a îmbunătăți raportul de feedback?

Secțiune de închidere

Am ajuns la finalul interviului. Există subiecte sau lucruri pe care nu le avem

ați discutat despre aplicație sau despre raportul de feedback? Sau există alte lucruri pe care le-ai dori

sa mentionez?

„Rezumăți pe scurt interviul, mulțumiți participantului și cereți feedback cu privire la

interviu.'

[Pagina 140 - Fără text extras]

Sectiunea Articole

Experiențe de rușine, autocompasiune și sprijin social în minoritățile sexuale 137 Journal of Evidence-Based Psychotherapies,

Vol. 23, Număr special, martie 2023, 137-152.

10.24193/jebp.2023.1.6

EXPERIENȚE DE RUSINE ȘI PSIHOPATOLOGIE:

ROLUL MEDIATOR AL COMPASIMII DE SINE ŞI

SPRIJIN SOCIAL LA PERSOANELE MINORITATE SEXUALE

Daniel Seabra1*, Jorge Gato2, Nicola Petrocchi3,4, Maria do Céu Salvador1

1 Universitatea din Coimbra, Centrul de Cercetare în Neuropsihologie și Cognitive și Comportamentale

Intervenție (CI NEICC), Portugalia

2 Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației și Centrul de Psihologie, Universitatea din Porto,

Portugalia

3 Departamentul de Științe Economice și Sociale, Universitatea John Cabot, Roma, Italia

4 Compassionate Mind ITALIA, Roma, Italia

Abstract

Persoanele din minoritățile sexuale (SM) care sunt victime ale stigmatizării au raportat

niveluri mai ridicate de experiențe traumatice de rușine și psihopatologie

simptome (depresie și anxietate socială) în comparație cu cele heterosexuale

indivizii. Autocompasiunea și sprijinul social au fost descrise ca

factori de protectie. Acest studiu și-a propus să exploreze rolul de mediere al sinelui -

compasiune și sprijin social în relația dintre rușinea simțită în

experiențe traumatice și simptome psihopatologice într-un eșantion de SM

indivizii. Eșantionul a fost compus din 264 de adulți SM care

au raportat experiențe traumatice de rușine (56% bărbați, 36% femei și 8%

nebinar). Corelațiile dintre variabile au fost semnificative și au variat de la

foarte slab spre moderat. Au fost realizate două modele, câte unul pentru fiecare dependent

variabile (depresie și simptome de anxietate socială). Modelele mediatoare

a dezvăluit rezultate diferite: acțiunile pline de compasiune au fost un mediator semnificativ

în relaţia de ruşine în experienţele traumatice cu depresia

simptome și simptome de anxietate socială , sprijinul social de la prieteni au avut

același rol în predicția depresiei și sprijinul social din partea familiei

a fost un mediator semnificativ în predicția simptomelor de anxietate socială.

Aceste rezultate sugerează importanța cultivării acțiunilor pline de compasiune

și promovarea suportului social în programele de intervenție cu indivizi SM

cu experiențe de rușine traumatice timpurii, pentru a viza depresia și socialul

simptome de anxietate.

* Corespondența referitoare la acest articol trebuie adresată lui Daniel Seabra, Centrul de Cercetare

în neuropsihologie și intervenție cognitiv-comportamentală (CINEICC), Facultatea de Psihologie

și Științe ale Educației de la Universitatea din Coimbra, Rua do Colégio Novo, 3000 -115 Coimbra,

Portugalia.

Adresa de email: daniel_seabra_@hotmail.com

 Cuvinte cheie: minorități sexuale; experiențe rușinoase; psihopatologie; sine -

compasiune; sprijin social.

Experiențele de rușine sunt adesea traumatice și legate de psihopatologie în viața ulterioară (Matos & Pinto -Gouveia, 2010) . Printre persoanele din minoritățile sexuale (SM), au fost raportate mai multe rușine și experiențe traumatice, în comparație cu acestea colegii heterosexuali (70,5% față de 44,2% într-un eșantion portughez; Seabra și colab., 2021a) .

Cercetările au arătat, de asemenea, în mod constant că indivizii SM stigmatizați sunt mai mulți vulnerabil la simptome psihopatologice Meyer, 2003, 2015), cum ar fi depresia (Wittgens et al., 2022), anxietate socială (Mahon et al., 2022) și rușine (Santos, 2021).

De fapt, datorită trăirii într-un mediu heteronormativ și heterosexist care le invalidează identitatea sexuală (Herek, 1990; Warner, 1991; Worthen, 2020) , SM indivizii experimentează stres cronic, care poate ajuta la explicarea mentalului observat disparități de sănătate (Cardona și colab., 2022; Meyer, 2003).

Stresul social cronic este experimentat de la o vârstă mai fragedă de către indivizi care se autoidentifică sau sunt percepute ca aparținând unui SM; de exemplu, sunt adesea victime ale agresiunii homofobe în școală (Gato și colab., 2020; Mulvey și colab., 2018) .

Aceste victime tinere par să recurgă la strategii de evitare a rușinii (de exemplu, minimizarea de homofobie; McDermott et al., 2008) și rușinea pare să medieze relația dintre discriminarea homofobă și simptomele depresive între SM adulți (Seabra și colab., 2021 b). Rușinea este o emoție conștientă și intensă implicând sentimente de inferioritate, lipsă de atractivitate socială, deficiență și neputința (Tracy et al., 2007) și este asociată cu psihopatologia generală (Cândea & Szentágotai, 2013) .

De-a lungul timpului, cercetătorii și clinicienii au explorat factori de protecție care tamponează împotriva impactului stigmatizării în rândul indivizilor SM și scad nivelurile acestora de psihopatologie (Meyer, 2003, 2015) . Rolul factorilor de protecție a persoanelor

precum reziliența, deschiderea către emoții, stima de sine pozitivă, mentală și fizică auto-îngrijire, speranță și strategii proactive de coping (Craig et al., 2014; Dickinson & Adams, 2014; Kwon, 2013; Meyer, 2015) a fost luată în considerare. Compasiunea de sine are a meritat recent atenția cercetărilor ca posibil tampon pentru stigmatizarea în rândul SM indivizii. De fapt, studiile meta-analitice au găsit autocompasiunea ca mediator în relația dintre stresul minoritar și psihopatologie (Helminen și colab., 2022) și că nivelurile mai înalte de autocompasiune par să fie asociate cu mai puțin psihopatologie și stigmatizare interiorizată, precum și, cu mai multă bunăstare și socializare sprijin în rândul persoanelor SM (Carvalho & Guiomar, 2022) . Referitor la asocierea dintre autocompasiune și rușine, există puține studii în SM. Unul Studiul cu persoane care trăiesc cu HIV a constatat o asociere negativă și moderată între autocompasiune și rușine interiorizată (Williams et al., 2019) și alta unul cu bărbați gay găsește și o asociere negativă și moderată (Matos et al., 2017) . Sprijinul social apare, de asemenea, în mod recurent ca un factor de protecție pentru mental sănătatea persoanelor SM. Sprijinul familiei are un rol important în scădere

Depresia la bărbații de culoare SM (Boyd et al., 2021) și sprijinul prietenilor ajută pentru a atenua impactul stresului zilnic asupra sănătății mintale a bărbaților gay caucazieni (Fingerhut, 2018) . Efectul specific al fiecărei surse de sprijin social nu este încă clar și pare să depindă de stadiul vieții (de exemplu, în tranziție către parentalitate, social sprijinul este important pentru SM care sunt apropiate de familia de origine și detașați de comunitatea SM; Leal și colab., 2021).

Având în vedere necesitatea clarificării rolului protector al individului și Factorii de protecție socială pentru sănătatea mintală a persoanelor SM, acest studiu vizează explorați rolul de mediator al componentelor autocompasiunii (compasional

implicare și acțiuni) și diferite surse de sprijin social percepute (de la

familie și prieteni) în relația dintre rușinea resimțită în experiențele traumatice

și p sichopatologie (depresie și simptome de anxietate socială) într-un eșantion de SM

indivizii.

Metodă

Eşantion

Eșantionul a fost compus din 264 de adulți SM care au raportat că au

a avut experiențe traumatice de rușine de orice tip (de exemplu, umilire, homofobie, abuz).

Toți participanții erau portughezi, iar majoritatea erau cisgender, singuri și nu aveau

copii. Caracteristicile eșantionului sunt descrise în tabelul 1.

Tabelul 1 . Caracteristicile sociodemografice ale participanților

Variabile sociodemografice Eşantion

n %

Gen

Femeie 95 36,0%

Bărbat 148 56,1%

Non-binar 21 8,0%

Identitatea de gen

Cisgender 236 89,4%

Transgender 21 8,0%

Alte 5 1,9%

Orientare sexuală

Gay 126 47,7%

Lesbiană 45 17,0%

Bisexual 53 20,1%

Pansexual 31 11,7%

Asexual 3 1,1%

Alte 6 2,3%

Şedere

Rural 42 15,9%

Urban 222 84,1%

Cel mai înalt nivel de educație

Sectiunea Articole

140 Experiențe de rușine, autocompasiune și sprijin social în minoritățile sexuale Variabile sociodemografice Eșantion

n %

De bază 2 0,8%

Intermediar 34 12,9%

Post-intermediar nediplomat 18 6,8%

Absolvent 98 37,1%

Master 101 38,3%

doctorat 8 3,0%

Post-doctorat 3 1,1%

Angajare

Student 63 23,9%

Muncă - student 28 10,6%

Angajat cu normă întreagă 124 47,0%

Angajați cu normă parțială 24 9,1%

Șomaj 25 9,5%

Starea civilă

Single 232 87,9%

Căsătorit/locuind împreună în cuplu 26 9,8%

Divorțat/văduv 6 2,3%

Copii de 11 ani 4,2%

Tratament psihologic anterior a 62 23,5%

Nota. N = 264. Participanții aveau în medie 28,4 ani (SD = 7,7).

a Reflectă numărul și procentul de participanți care au răspuns „da” la această întrebare.

Proceduri

Datele pentru prezentul studiu transversal au fost colectate în perioada ianuarie și octombrie 2020, după aprobarea Comisiei de etică a instituției gazdă.

Datele au fost colectate folosind un sondaj web în contextul unei cercetări mai ample (N = 375), selectând participanții care au raportat că au avut experiențe traumatice.

Confidențialitatea și participarea voluntară au fost asigurate. După ce a citit o pagină cu informații despre studiu, participanții și-au dat consimțământul liber și informat și a finalizat protocolul de cercetare. Criteriile de includere au fost: autoidentificare ca SM, fiind portugheză, vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani și finalizarea completă a chestionare. Nu a existat nicio compensație financiară pentru participare.

Măsuri

Informații sociodemografice . Participanții au fost întrebați despre caracteristici sociodemografice precum vârsta, sexul, identitatea de gen, sexuala orientare, rezidență, nivel de studii, statut de angajare, stare civilă, dacă acestea au avut copii și dacă au primit tratament psihologic la momentul studiu. Toate informațiile sociodemografice sunt descrise în Tabelul 1.

Inventarul de rușine legat de traumă (TRSI) (Versiunea originală n: Øktedalen și colab., 2014; Versiunea portugheză europeană: Cid, 2012) . Această scală are 24 de itemi de evaluat

Experiențe de rușine, autocompasiune și sprijin social în minoritățile sexuale 141 evaluarea negativă a sinelui în contextul traumei cu un afectiv dureros.

experiență și o tendință comportamentală de a ascunde și de a se retrage de ceilalți

propriile deficiențe percepute. TRSI are un scor total și două subscale

(rușine externă și internă). Elementele sunt evaluate pe o scară Likert de 4 puncte de la Nu este adevărat

despre mine (0) la Complet adevărat despre mine (3). Scorurile medii mai mari indică niveluri mai ridicate de

rușine resimțită în experiența traumatizantă. În acest studiu a fost utilizat doar scorul total.

Alfa lui Cronbach a fost de .97 în acest studiu.

Compassionate Engagement and Action Scales (CEAS) (Original și

Versiunea portugheză europeană: Gilbert și colab., 2017) . Această scală evaluează trei

diferite fluxuri de compasiune: compasiune pentru alții, compasiune față de alții și

compasiune față de sine. Fiecare secțiune are opt itemi despre competențe care

facilitează întoarcerea spre suferință și implicarea în suferință (angajament plin de compasiune)

și alți cinci itemi despre competențe care facilitează acțiunile de atenuare și

prevenirea suferinței (acțiuni pline de compasiune). În acest studiu, doar subscala

a fost folosită compasiunea față de sine (de exemplu, „observ și sunt sensibil la mine

sentimente de suferință atunci când apar în mine” și „Îmi îndrept atenția către ceea ce este probabil

să-mi fie de ajutor”). Participanții își raportează răspunsurile pe o scală Likert de 10 puncte

de la Niciodată (1) la Întotdeauna (10). Scorurile medii mai mari indică niveluri mai ridicate de sine -

compasiune. În eșantionul nostru, angajamentul plin de compasiune față de sine a fost prezentat

un alfa lui Cronbach de .71 și acțiuni compasionale față de sine prezentate a

alfa lui Cronbach de .93.

Scala multidimensională a suportului social perceput (MSPSS) (original

versiunea: Zimet et al., 1988; Versiune portugheză europeană: Carvalho et al., 2011) .

Această scală are 12 itemi pentru a evalua suportul social subiectiv din trei tipuri:

Familia, prietenii și alte persoane semnificative. În acest studiu, doar familia (de exemplu, „Familia mea chiar încearcă să mă ajute") și prieteni (de exemplu, „Pot conta pe prietenii mei când lucrurile merg greșit") au fost utilizate subscale. Itemii sunt evaluați pe o scară Likert de 7 puncte din I foarte dezacord puternic (1) la Sunt foarte puternic de acord (7). Scorurile medii mai mari indică mai mari nivelurile suportului social subiectiv din partea familiei sau prietenilor. Alfa-le lui Cronbach au fost .94 pentru ambele în acest studiu .

Scale de depresie, anxietate și stres, versiunea cu 21 de articole (DASS -21).

(Versiunea originală: Lovibond & Lovibond, 1995; versiunea portugheză europeană: Laranjeira, 2009). Această scală are 21 de itemi împărțiți în trei subscale: depresie, anxietate și simptome de stres. Articolele sunt evaluate pe o scară Likert de 4 puncte de la Nu am făcut aplicați-mi deloc (0) la Aplicat la mine foarte mult sau de cele mai multe ori (3), cu mai mare scoruri care indică un efect negativ mai mare. În acest studiu, doar simptomele depresive (simptome asociate de obicei cu starea de spirit negativă, de exemplu „Nu am putut vedea nimic în a fost folosită subscala „viitorul pentru a fi plini de speranță". Alfa lui Cronbach a fost .93 în acest studiul .

 Scala de anxietate a interacțiunii sociale (SIAS). (Versiunea originală: Mattick &

Clarke, 1998; Versiunea portugheză europeană: Pinto -Gouveia & Salvador, 2001). Acest Scala are 19 itemi și evaluează temerile de interacțiune socială generală (de ex. „Când amestecați social, sunt inconfortabil. Articolele sunt evaluate pe o scară Likert de 5 puncte din Not deloc caracteristic sau adevărat pentru mine (0) până la Extrem de caracteristic sau adevărat pentru mine (3), cu scoruri totale mai mari indicând niveluri mai ridicate de anxietate socială. De la Cronbach alfa a fost .92 în acest studiu.

Analize de date

Toate analizele datelor au fost efectuate cu IBM Statistical Package pentru Științe sociale versiunea 27 (SPSS; IBM, 2020) și Macro-ul PROCESS pentru SPSS 4,1 (Hayes, 2022). Normalitatea distribuției datelor a fost examinată folosind Skewness Valorile (Sk) și Kurtosis (Ku). Numai valorile de peste | 3|, |10| pentru Sk și Ku, respectiv, au fost considerate a reprezenta încălcări grave ale distribuției normale (Kline, 2016; Marôco, 2014) . Coeficienții de corelație ai lui Pearson (r) au fost utilizați pentru a examina asociere între variabile. Corelaţiile au fost interpretate conform Pestana și Gageiro (2014): corelația sub .20 înseamnă o asociere foarte slabă, între .21 și .29 înseamnă o asociere slabă, între .30 și .69 înseamnă o asociere moderată, între .70 și .89 înseamnă o asociere puternică, iar peste .90 înseamnă o asociere foarte puternică. Pentru analizele de mediere, modelul 4 al PROCESULUI Macro a fost folosită. Au fost testate două modele: rușinea resimțită în experiențele traumatice a fost întotdeauna variabila independentă, angajament compasional, compasiune acțiuni, sprijin social perceput din partea familiei și sprijin social perceput din partea prietenii au fost utilizați ca variabile mediatoare, simptomele depresive au fost dependente variabilă în modelul unu, iar simptomele de anxietate socială a fost variabila dependentă în modelul doi. Au fost explorate contrastele în perechi între efectele indirecte pentru a le detecta posibile diferențe semnificative între efectele indirecte (Hayes, 2018) .

Rezultate

Rezultate preliminare și corelații între variabile

Nu s-au constatat încălcări severe ale normalității (|Sk| < 1; | Ku| < 5). Cincisprezece valori aberante au fost găsite (5,7%) în rușine resimțită în experiențele traumatice, compasiune implicare, suport social perceput din partea familiei și simptome depresive.

Cu toate acestea, deoarece aceste valori aberante au apărut în boxploturile SPSS ca minciuni ușoare (și nu extrem), iar pentru a asigura valabilitatea ecologică, autorii au decis să le păstreze în

eşantion. Nu au lipsit date din chestionare. Statistici descriptive

iar corelațiile dintre variabilele de studiu sunt prezentate în Tabelul 2.

Sectiunea Articole

Experiențe de rușine, autocompasiune și sprijin social în minoritățile sexuale 143 Tabelul 2. Statistici descriptive și corelații pentru variabilele de studiu

Variabila M SD 1 2 3 4 5 6 7

1. Rușine 3.2 1.3 —

2. Implicare 6,5 1,5 −,20** —

3. Acțiuni 6,7 2,1 -.44** .50** —

4. Familie 4,9 1,7 -.32** .15* .22** —

5. Prieteni 6.1 1.1 −.32** .14* .21** .28** —

6. Depresie 6.3 5.7 .54** −.19** -.53** -.27** -.30** —

7. Anxietate socială 33,7 18,9 .47** −.19** -.38** −.32** −.22** .48** —

*$p < .05$. **$p < .01$.

Toate variabilele au fost corelate semnificativ. Rușine simțită în traumatism

experiențele au prezentat o asociere negativă și foarte slabă cu compasiune

angajare ($r = .20$, $p = .001$), o asociere negativă și moderată cu

acțiuni pline de compasiune și suporturi sociale percepute (de la familie și prieteni)

($-.32 < r < -.44$, $p < .001$). În plus, s-a arătat rușinea simțită în experiențele traumatice

o asociere pozitivă și moderată cu depresia și simptomele de anxietate socială

($.47 < r < .54$, $p < .001$). Corelații între autocompasiunea și percepția socială

sprijinul cu simptomele depresiei și anxietății sociale au fost toate negative. Pe unul

De asemenea, angajamentul plin de compasiune a avut o corelație foarte slabă atât cu depresia

și simptome de anxietate socială ($r = -.19$, $p = .002$) și acțiuni de compasiune

a prezentat o corelație moderată cu aceleași variabile ($-.38 < r < -.53$, $p < .001$).

Pe de altă parte, suportul social perceput din partea familiei a prezentat o corelație slabă

cu simptome depresive (r = -.27, p < .001) și moderată cu anxietate socială

simptome (r = -.32, p < .001) și modelul invers a fost găsit cu percepția socială

sprijin din partea prietenilor (asociere moderată cu simptome depresive; r = -.30,

p < .001, și o asociere slabă cu simptomele de anxietate socială; r = -.22, p < .001).

Analize de mediere

Modelele propuse au avut patru variabile mediatoare: compasiune

implicare, acțiuni pline de compasiune, sprijin social perceput din partea familiei și

suport social perceput de la prieteni. Datorită corelaţiei foarte slabe a

angajament compasional (variabil mediator) cu rușine resimțită în traumatism

experiență (variabilă independentă), cu depresie și cu anxietate socială

simptome (variabile dependente), doar acțiuni compasive și ambele percepute

Sprijinul social din partea familiei și prietenilor a fost folosit ca variabilă mediatoare în cadrul testului

modele.

Modelul unu, reprezentat în Figura 1, a cuprins rușinea simțită în traumatism

experiențele ca variabilă independentă, acțiuni compasionale, percepute sociale

sprijin din partea familiei și sprijin social perceput din partea prietenilor ca un mediator

variabile, iar simptomele depresive ca variabilă dependentă. Doar plin de compasiune

acțiunile și sprijinul social perceput din partea prietenilor au prezentat un indirect semnificativ

Sectiunea Articole

144 Efectul Experiențe de rușine, autocompasiune și sprijin social în minoritățile sexuale (acțiuni β = 0,67, SE = 0,15; IC 95% [0,406; 0,987]; familia β = 0,08, SE = 0,07; 95%

CI [-0,047; 0,233]; β prieteni = 0,14, SE = .09; 95% CI [0,006; 0,353]). Referitor la

contraste în perechi, acțiuni pline de compasiune și sprijin social perceput din partea prietenilor

au arătat o diferență semnificativă în efectele lor indirecte (β acțiuni -prieteni = 0,53, SE = 0,18;

95% CI [0,178; 0,894]).

În plus, înainte de introducerea variabilelor mediatoare, totalul

efectul a fost semnificativ (β = 2,33, SE = 0,23; 95% CI [2,78; 0,535]), iar după

introducerea mediatorilor, modelul a prezentat încă un efect direct semnificativ

(p = 1,43, SE = 0,24; 95% CI [0,948; 1,912]). Atât acțiunile pline de compasiune cât și

suportul social perceput din partea prietenilor a mediat parțial relația dintre

rusine resimtita in timpul experientelor traumatice si simptomelor depresive, cu

actiuni compasionale avand un efect semnificativ mai mare in comparatie cu cele percepute

sprijin social din partea prietenilor.

Figura 1 . Model mediator de predicție a simptomelor depresive cu efecte standardizate.

Al doilea model, reprezentat în Figura 2, a avut rușine simțită în traumatism

experiențe ca o variabilă independentă, acțiuni compasionale, percepute sociale

sprijin din partea familiei și sprijin social perceput din partea prietenilor ca un mediator sau

variabile și simptome de anxietate socială ca variabilă dependentă. Numai

acțiuni pline de compasiune și sprijin social perceput din partea familiei prezentate a

efect indirect semnificativ (acțiuni β = 1,27, SE = 0,46; IC 95% [0,430; 2,239]; familia β =

0,74, SE = 0,31; 9 5% CI [0,203; 1,429]; β prieteni = 0,16, SE = .27; 95% CI [-0,310;

0,766]). În ceea ce privește contrastele în perechi, acțiunile compasiunii și percepția socială

sprijinul din partea familiei nu a arătat o diferență semnificativă în efectele lor indirecte

(βacțiuni -familie = 0,53, SE = .60; 95% CI [-0,628; 1,716]).

În plus, înainte de introducerea variabilelor mediatoare, totalul

efectul a fost semnificativ (β = 6,76, SE = 0,79; 95% CI [5,196; 8,315]), iar după

introducerea mediatorilor, variabila independentă menține un semnificativ

efect direct (β = 4,57, SE = 0,90; 95% CI [2,801; 6,341]). În concluzie, ambii plini de compasiune

acțiunile și suportul social perceput din partea familiei au mediat parțial relația

între rușinea resimțită în timpul experiențelor traumatice și simptomele anxietății sociale.

Figura 2 . Model de mediere care prezice simptomele de anxietate socială cu efecte standardizate

Discuţie

Prezentul studiu și-a propus să exploreze efectul de mediere al autocompasiunii și suportul social perceput în relația dintre rușinea simțită în rușine experiențe traumatice și psihopatologie în rândul indivizilor SM.

Toate asocierile dintre variabilele de studiu au fost, așa cum era de așteptat, semnificative. Rușinea resimțită în experiențele traumatice a arătat o asociere pozitivă și moderată cu cei doi indicatori psihopatologici (depresie și simptome de anxietate socială). Că adică, niveluri mai ridicate de rușine resimțite în experiențele traumatice au fost asociate cu mai multe niveluri de simptome depresive și de anxietate socială. Johnson și Yarhouse (2013) clarificați asocierea dintre rușine și simptomele depresive ca datorate auto- condamnarea rușinii și asocierea dintre rușine și anxietatea socială simptome ca datorate fricii de condamnare a rușinii. Aceste rezultate așteptate se întăresc asocierea negativă dintre autocritica și identitatea pozitivă a minorității sexuale (Petrocchi et al., 2020) și prevalența mai mare a anxietății sociale la indivizii SM (Cohen și colab., 2016) .

În ceea ce privește autocompasiunea, componenta angajament compasional a dezvăluit o asociere negativă și foarte slabă cu atât rușinea resimțită în traumatism experiente si psihopatologie . În cazul acțiunilor de compasiune la fel asocierile au fost moderate, în conformitate cu Matos et al. (2017) care a găsit un negativ și asociere moderată între autocompasiune și rușine interiorizată la homosexuali bărbați.

Descoperirile noastre clarifică asocierea dintre componentele auto- compasiune și experiențe traumatice de rușine: acțiunile pline de compasiune par a fi

componenta de autocompasiune asociată mai negativ cu rușinea. De fapt, Seabra

et al. (2022) au găsit un rezultat similar: acțiunile pline de compasiune au prezentat o mai mare

asociere negativă cu rușinea în comparație cu angajamentul plin de compasiune.

În ceea ce privește asocierea dintre autocompasiune și psihopatologie, a noastră

Rezultatele sunt în conformitate cu două meta-analize la indivizii SM: autocompasiunea

a arătat o asociere medie negativă cumulata cu suferința psihologică (Carvalho

& Guiomar, 2022; Helminen și colab., 2022).

Ambele suport social perceput (din partea familiei și a prietenilor) au prezentat a

asociere moderată și negativă cu rușinea resimțită în experiențele traumatice. adica

nivelurile ridicate de sprijin social perceput sunt asociate cu niveluri mai scăzute de rușine resimțită

în experiențele traumatice. De fapt, indivizii SM au prezentat mai multe niveluri de

retragerea și evitarea ca a face față rușinii în comparație cu heterosexualul

indivizi (Santos, 2021). La indivizii SM cu experiențe traumatice de rușine,

retragerea sau evitarea sunt mai predispuse să aibă dificultăți în dezvoltarea apropiată

relațiile cu alți indivizi și să se simtă sprijinit. Din moment ce acestea au fost devreme

experiențe, indivizii SM s-ar fi putut simți inadecvați și de neiubit încă de la început

vârsta și acest lucru ar fi putut contribui la izolarea lor socială și la reducerea curentului lor

retea sociala. În ceea ce privește simptomele depresiei și anxietății sociale, percepute sociale

sprijinul prietenilor a fost mai mult asociat cu simptomele depresive și perceput

sprijinul social din partea familiei a fost mai mult asociat cu simptomele de anxietate socială.

Simptomele depresive sunt asociate cu interes/plăcere scăzută și izolare (APA,

2022) și prietenii pot avea un rol important în promovarea companiei și

menținerea activităților sociale. La rândul lor, simptomele de anxietate socială sunt asociate

teama de a fi evaluat negativ de alții (APA, 2022) și de familie, ca primul

modelul „ceilalți”, atunci când este de sprijin, transmite sentimente de siguranță cu ceilalți în afara familiei. Un fenomen frecvent la indivizii SM este autovigilența și așteptările de respingere (Meyer, 2003) și acest lucru poate explica cu atât mai mare nivelurile de sensibilitate la respingere la indivizii SM în comparație cu heterosexualii indivizi (Maiolatesi et al., 2022).

În mod neașteptat, analizele de mediere au arătat rezultate diferite în funcție de variabile dependente. În plus față de acțiunile pline de compasiune (acesta a fost un mediator variabilă atât pentru simptomele depresive, cât și pentru anxietatea socială), percepute doar sociale sprijinul din partea familiei a mediat relația dintre rușinea resimțită în traumatism experiențe și simptome de anxietate socială. La rândul său, sprijinul social perceput de la prietenii au mediat relaţia dintre ruşinea resimţită în experienţele traumatice şi simptome depresive. Pe de o parte, lipsa acțiunilor îndreptate spre prevenirea sau atenuarea suferinței cuiva (acțiuni pline de compasiune), explică parțial impactul experiențe traumatice de rușine privind depresia și simptomele de anxietate socială în rândul SM indivizii. Pe de altă parte, se pare că lipsa suportului social perceput mediat această relație. Mai exact, lipsa suportului social perceput de la prietenii pare să fi avut un rol de mediator în dezvoltarea depresiei simptomele și lipsa suportului social perceput din partea familiei poate să fi avut același rol în dezvoltarea simptomelor de anxietate socială.

Studiul nostru a contribuit în continuare la rafinarea descoperirii că auto-compasiunea mediază relația dintre stresul minoritar și sănătatea mintală (Helminen et al., 2022), prin evidențierea rolului acțiunilor pline de compasiune ca componentă a auto-compasiune cu efect de mediator. În ceea ce privește suportul social perceput, familia

sprijinul a prezentat un rol pozitiv împotriva simptomelor de anxietate socială și sprijinul prietenilor

împotriva simptomelor depresive. Aceste rezultate nu sunt în concordanță cu alte studii. Pentru de exemplu, Milton și Knutson (2021) au descoperit că sprijinul social din biologic familia a fost singurul predictor negativ al simptomelor depresive în rândul SM indivizi (comparativ cu familiile alese). Chiar dacă prietenii pot fi considerați ca parte a familiei alese, am emis ipoteza că participanții i-au considerat pe prieteni ca colegi și nu ca o familie surogat. Un alt studiu a evidențiat importanța alegerii familiile cu SM afro-american ca factor de protecție împotriva suferinței (Hailey et al., 2020). În acest studiu, respingerea de către familia de origine nu a fost evaluată, iar noi ipoteza că această variabilă ar putea ajuta la explicarea familiei și prietenilor aceștia considerată. Poate că rezultatele ar fi diferite având în vedere familia de origine, familia și prietenii aleși. Cercetările viitoare sunt justificate pentru a explora această ipoteză mai departe. În orice caz, unii autori au menționat că relevanța sprijinului social este supraestimat în relația cu bunăstarea (la Roi et al., 2022) și rezultatele noastre par să confirme această afirmație. Prezice simptome depresive, plin de compasiune acțiunile au avut un efect mai puternic în comparație cu sprijinul social din partea prietenilor, sugerând că acțiunile pline de compasiune au un rol mai relevant. Adică lipsa percepției sociale sprijinul prietenilor explică parțial relația dintre rușinea simțită experiențe traumatice și simptome depresive dar lipsa de compasiune acțiunile explică și mai multe dintre aceste simptome. Aceste rezultate au sugerat că procesarea emoțională a experiențelor traumatice de rușine prin autocompasiune pare a fi mai important decât sprijinul social perceput din partea prietenilor și întărirea Cadrului de mediere psihologică (Hatzenbuehler, 2009) care recunoaște că stresul legat de stigmatizare la indivizii SM are un impact asupra procesării cognitive şi permite psihopatologie superioară.

În ciuda constatărilor importante, ar trebui luate în considerare unele limitări. Toate

măsurile au fost auto-raportate, iar rezultatele nu au luat în considerare alte variabile precum respingerea de către familie (menționată mai sus), distorsiuni cognitive și respingere sensibilitate. Studiile viitoare ar trebui să ia în considerare un eșantion mai reprezentativ și să exploreze alte variabile.

În concluzie, atât factorii individuali, cât și cei comunitari au un impact pozitiv asupra psihopatologie în SM cu experiențe traumatice de rușine și anume autocompasiunea și suportul social perceput. În special, acțiuni pline de compasiune și percepute sprijin social din partea familiei și prietenilor. Rezultatele noastre par să-i întărească pe cei mai puternici rolul acțiunilor pline de compasiune, în locul suportului social perceput. Abilități de a facilita acțiunile pline de compasiune pentru a ușura și a preveni suferința par a fi cele mai multe element important pentru a face față simptomelor depresiei și anxietății sociale în SM indivizii cu experiențe traumatice de rușine și, prin urmare, pot justifica intervenţii care urmăresc dezvoltarea acestei competenţe.

 Nota autorilor

Consimțământ informat: a fost obținut consimțământul informat de la toți participanții implicat în studiu.

Drepturile omului: Studiul a fost realizat în urma Declarației de Helsinki și aprobat de Comitetul de etică și deontologie al Facultății de Psihologie și Științe ale Educației a Universității din Coimbra (2.11.2019).

Consimțământul etic: Studiul a fost realizat în urma Declarației de Helsinki și aprobat de Comitetul de etică și deontologie al Facultății de Psihologie și Științe ale Educației ale Universității din Coimbra (2.11.2019).

Conflict de interese: Autorii nu declară niciun conflict de interese.

Mulțumiri: Cercetătorii doresc să mulțumească tuturor participanților

care au colaborat la acest studiu. Și mulțumiri speciale lui EABCT pentru invitație la publicare.

Referințe

Asociația Americană de Psihiatrie, DSM -5 Task Force. (2013). Diagnostic și manual statistic al tulburărilor mintale: DSM -5™ Text Revision (ed. 5-TR). American Psychiatric Publishing, Inc.

Boyd, DT, Ramos, SR, Quinn, CR, Jones, KV, Wilton, L. și Nelson, LE (2021). Sprijinul familiei și factorii socioculturali asupra depresiei în rândul negrilor și bărbații din minoritățile sexuale latinx. Jurnalul Internațional de Mediu Cercetare și sănătate publică, 18(13). https://doi.org/10.3390/ijerph18136759 .

Cândea, DM, & Szentágotai, A. (2013). Rușine și psihopatologie: Din cercetare la practica clinică. Journal of Cognitive and Behavioral Psihoterapii, 13(1), 101–113.

Cardona, ND, Madigan, RJ și Sauer-Zavala, S. (2022). Cât de stres minoritar devine invalidare traumatică: O emoție - conceptualizare focalizată a stresul minoritar la persoanele cu minorități sexuale și de gen. Psihologie clinică: Science and Pra ctice, 29(2), 185– 195. https://doi.org/10.1037/cps0000054.

Carvalho, SA și Guiomar, R. (2022). Autocompasiunea și sănătatea mintală în Oamenii minorităților sexuale și de gen: o revizuire sistematică și o meta-analiză. LGBT Health, 9(5), 287-302. https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0434 .

Carvalho, S., Pinto -Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota -Pereira, J. (2011). Caracteristicile psihometrice ale versiunii portugheze a Scalei Multidimensionale a Sprijin social perceput (Scala multidimensională a suportului social perceput - MSPSS). Psychologica, 54, 331–357.

Cid, T. (2012). Rușine resimțită în timpul unei experiențe traumatice:

Caracteristicile psihometrice ale versiunii portugheze a Scalei de trauma

Inventar corelat de rușine . [Teza de master, Facultatea de Psihologie si

Sectiunea Articole

Experiențe de rușine, autocompasiune și sprijin social în minoritățile sexuale 149 Științe ale Educației din Universitatea din Coimbra]. http://hdl.handle.net/10316/

21776 .

Cohen, J. M., Blasey, C., Taylor, C. B., Weiss, B. J. și Newman, M. G. (2016).

Anxietate și tulburări conexe și ascundere la minoritățile sexuale tineri

Adulti. Terapia comportamentală, 47(1), 91–101. https://doi.org/10.1016/j.beth. 2015.

09.006 .

Craig, SL, Austin, A. și McInroy, LB (2014). Grupuri bazate pe școală de susținut

Reziliența tinerilor din minorități sexuale multietnice: eficacitate preliminară .

Jurnalul de asistență socială pentru copii și adolescenți, 31(1), 87–106. https://doi.org/

10.1007/ s10560 -013-0311 -7.

Dickinson, P. și Adams, J. (2014). Reziliență și sănătate mintală și bunăstare

printre lesbiene, gay și bisexuali. Jurnalul Internațional de Mentală

Promovarea sănătății, 16(2), 117– 125. https://doi.org/10.1080/ 14623730.

2014.903621 .

Fingerhut, AW (2018). Rolul suportului social și al identității gay în stres

Procese ale unui eșantion de bărbați gay caucazieni. Psihologia sexuală

Orientare și diversitate de gen, 3(5), 294–302. https://doi.org/10.1037/

sgd0000271 .

Gato, J., Leal, D., Moleiro, C., Fernandes, T., Nunes, D., Marinho, I., Pizmony -Levy,

O. și Freeman, C. (2020). „Cea mai rea parte a fost întoarcerea acasă și

Feeling Like Crying”: experiențe de lesbiene, gay, bisexuali și trans

Elevii din școlile portugheze. Frontiers in Psychology, 10. https://doi.org/

10.3389/fpsyg.2019.02936 .

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto -Gouveia, J., & Basran, J. (2017). Dezvoltarea angajament compasional și scale de acțiune pentru sine și pentru ceilalți. Jurnalul de Compassionate Health Care, 4(1), 1–24. https://doi.org/10.1186/s40639 -017-0033 -3.

Hailey, J., Burton, W. și Arscott, J. (2020). Suntem o familie: aleși și creați Familiile ca factor de protecție împotriva traumei rasiale și anti-LGBTQ Opresiune în rândul tinerilor din minoritățile sexuale și de gen afro-americane. Journal of GLBT Family Studies, 16(2), 176– 191. https://doi.org/10.1080/ 1550428X.2020.1724133 .

Hatzenbuehler, ML (2009). Cum „intră sub piele” stigmatizarea minorităților sexuale? Un cadru de mediere psihologică. Buletinul psihologic, 135 (5), 707–730. https://doi.org/10.1037/a0016441 .

Hayes, AF (2018). Introducere în mediere, moderare și procesul condiționat analiză: o abordare bazată pe regresie (ed. a II-a). Presa Guilford. Hayes, AF (2022). Macro PROCESS pentru Windows, versiunea 4.1. http://processmacro.org/ download.html .

Helminen, EC, Ducar, DM, Scheer, JR, Parke, KL, Morton, ML și Felver, JC (2022). Autocompasiunea, stresul minoritar și sănătatea mintală în sexualitate și Populațiile minoritare de gen: o meta-analiză și o revizuire sistematică. Psihologie clinică: știință și practică . Publicare online anticipată. https://doi.org/10.1037/cps0000104 .

 Herek, GM (1990). Contextul violenței anti-gay: Note despre culturale și

Heterosexism psihologic. Journal of Interpersonal Violence, 5(3), 316–
333. https://doi.org/10.1177/088626090005003006 .
IBM Corporation (2020). IBM SPSS Statistics pentru Windows, versiunea 27.0. IBM Corp.
Johnson, VRF și Yarhouse, MA (2013). Rușinea minorităților sexuale: stigmatizare,
cogniții interne și considerente de consiliere. Consiliere și valori,
58(1), 85–103. https://doi.org/10.1002/j.2161 -007X.2013.00027.x .
Kline, RB (2016). Analiza factorială de confirmare pentru cercetarea aplicată (ed. a IV-a).
Presa Guilford.
Kwon, P. (2013). Reziliența la persoanele lesbiene, gay și bisexuale. Personalitate
și Social Psychology Review, 17(4), 371–383. https://doi.org/10.1177/ 10888
68313490248 .
la Roi, C., Frost, DM, Mallory, A., Lin, A., & Meyer, IH (2022). Identitatea sexuală
și diferențele din cohorta de naștere în sprijinul social și legătura acestuia cu bunăstarea
printre indivizii minoritari sexuale. Arhivele Comportamentului Sexual. Avans
Publicare online. https://doi.org/10.1007/s10508 -022-02366 -9.
Laranjeira, CA (2009). Studiu preliminar de validare a versiunii portugheze a
satisfacția cu scara vieții. Psihologie, Sănătate și Medicină, 14(2), 220–
226. https://doi.org/10.1080/13548500802459900 .
Leal, D., Gato, J., Coimbra, S., Freitas, D., & Tasker, F. (2021). Sprijin social în
Tranziția către parentalitate în rândul persoanelor lesbiene, gay și bisexuale: A
Revizuirea sistematică. Sexuality Research and Social Policy, 18(4), 1165 –1179.
https://doi.org/10.1007/s13178 -020-00517 -y.
Lovibond, PF și Lovibond, SH (1995). Structura emoțională negativă
afirmă: Comparația scalelor de stres pentru anxietate depresivă (DASS) cu
Inventarele de depresie și anxietate Beck. Cercetare și terapie comportamentală,

33(3), 335–343. https://doi.org/10.1016/0005 -7967(94)00075 -u.

Mahon, CP, Lombard -Vance, R., Kiernan, G., Pachankis, JE și Gallagher, P.

(2022). Anxietatea socială în rândul persoanelor din minoritățile sexuale: o sistematică

Recenzie. Psihologie și sexualitate, 13(4), 818-862. https://doi.org/10. 1080/

19419899.2021.1936140 .

Maiolatesi, AJ, Clark, KA și Pachankis, JE (2022). Sensibilitate de respingere peste tot

sex, orientare sexuală și vârstă: invarianța măsurătorilor și media latentă

diferențe . Evaluarea psihologică, 34(5), 431–442. https://doi.org/10.

1037/ pas0001109 .

Marôco, J. (2014). Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos,

Software și aplicații. RaportNumăr.

Matos, M., Carvalho, SA, Cunha, M., Galhardo, A., & Sepodes, C. (2017).

Flexibilitatea psihologică și autocompasiunea la bărbații gay și heterosexuali:

Cum se leagă cu amintirile din copilărie, rușinea și simptomele depresive.

Journal of LGBT Issues in Counseling, 11(2), 88–105. https://doi.org/

10.1080/1553 8605.2017.1310007 .

Matos, M., & Pinto -Gouveia, J. (2010). Rușinea ca amintire traumatizantă. Clinic

Psihologie și psihoterapie, 17(4), 299–312. https://doi.org/10.1002/

cpp.659 .

 Mattick, RP și Clarke, JC (1998). Dezvoltarea și validarea măsurilor de

fobia socială, teama de control și anxietatea de interacțiune socială. Comportament

Cercetare și terapie, 36(4), 455–470. https://doi.org/10.1016/s0005 -

7967(97)10031 -6.

McDermott, E., Roen, K., & Scourfield, J. (2008). Evitarea rușinii: tineri LGBT

oameni, homofobie și comportamente autodistructive. Cultură, Sănătate și Sexualitate, 10(8), 815– 829. https://doi.org/10.1080/13691050802380974.

Meyer, IH (2013). Prejudecăți, stres social și sănătate mintală la lesbiene, gay și populații bisexuale: probleme conceptuale și dovezi de cercetare. Psihologia lui Orientarea sexuală și diversitatea de gen, 1(S), 3–26. https://doi.org/ 10.1037/2329 -0382.1.s.3 .

Meyer, IH (2015). Reziliența în studiul stresului minoritar și sănătății sexuale și minorități de gen. Psihologia orientării sexuale și a genului Diversitate, 2 (3), 209–213. https://doi.org/10.1037/sgd0000132 .

Milton, DC și Knutson, D. (2021). Familia de origine, familia nu aleasă, prezice Sănătatea psihologică într-un eșantion LGBTQ+. Psihologia orientării sexuale și Diversitatea de gen. Publicare online anticipată. https://doi.org/ 10.1037/ sgd0000531 .

Mulvey, KL, Hoffman, AJ, Gönültaş, S., Hope, EC, & Cooper, SM (2018). Înțelegerea experiențelor cu hărțuirea și hărțuirea bazată pe părtinire: Ce conteaza si pentru cine? Psihologia violenței, 8(6), 702–711. https://doi.org/10.1037/vio0000206 .

Øktedalen, T., Hagtvet, KA, Hoffart, A., Langkaas, TF și Smucker, M. (2014). Inventarul rușinii legate de traume: Măsurarea rușinii legate de traume Printre Pacienții cu PTSD. Jurnal de Psihopatologie și Comportament Evaluare, 36(4), 600–615. https://doi.org/10.1007/s10862 -014-9422 -5.

Pestana, H. & Gageiro, JN (2014). Análise de dados pentru ciências sociais: A complementaridade do SPSS (ed. a 6-a). https://doi.org/10.13140/2.1.2491.7284 .

Petrocchi, N., Pistella, J., Salvati, M., Carone, N., Laghi, F., & Baiocco, R. (2020). eu Îmbrățișează-mi identitatea LGB: auto-asigurare, siguranță socială și

Relevanța distinctivă a autenticității pentru bunăstarea la lesbienele italiene, gay

Bărbați și oameni bisexuali. Sexuality Research and Social Policy, 17, 75–86.

https://doi.org/10.1007/s13178 -018-0373 -6.

Pinto -Gouveia, J. & Salvador, MC (iunie 2001). Anxietatea de interacțiune socială

Scala și Scala Fobia Socială în populația portugheză [Poster

prezentare] Al 31-lea Congres al Asociaţiei Europene pentru Comportament şi

Terapie cognitivă, Istanbul, Turcia.

Santos, D. (2021). Rușine, a face față rușinii și psihopatologiei: un moderat -

analiza medierii dupa orientarea sexuala . [Teza de master, Facultatea de

Psihologie și Științe ale Educației din Universitatea din Coimbra].

http://hdl.handle.net/10316/96518 .

Seabra, D., Gato, J., Petrocchi, N. și Salvador, MC (2021a). Traumatic timpuriu

experiențele rușinoase, sănătatea mintală și genul: cum sunt legate?

[Prezentarea conferinței]. Al 2-lea Congres Internațional de Sănătate și Sănătate -

 Intervention (ICHWBI 2021), Viseu, Portugalia. https://doi.org/

10.13140/RG.2.2.32008.34565

Seabra, D., Gato, J., Petrocchi, N., Salvador, MC (2021b). Rolul tampon al auto-

compasiunea împotriva impactului rușinii în relația dintre

discriminare homofobă și depresie [prezentare E-poster].

Compassionate Mind Foundation, a 10-a Conferință internațională „Trecut,

Prezent și viitor", Edinburgh, Scoția și online. https://doi.org/ 10.13140/

RG.2.2.30918.14406

Seabra, D., Gato, J., Carreiras, D., Petrocchi, N. și Salvador, MC (2022). rusine -

Experiențe bazate pe hărțuirea homofobă și sănătatea mintală: The

Rolul de mediere al sinelui - acțiuni de compasiune. Jurnalul Internațional al Environmental Research and Public Health, 19(24), 16866. https://doi.org/10.3390/ijerph192416866 .

Tracy, JL, Robins, RW și Tangley, JP (2007). Emoțiile conștiente de sine: Teorie și cercetare. În Emoțiile auto-conștiente: teorie și cercetare. Presa Guilford.

Warner, M. (1991). Introducere: Frica de o planetă queer. Text social, 29, 3–17.

Williams, SL, Fekete, EM și Skinta, MD (2019). Compasiunea de sine în PLWH: Rușine mai puțin internalizată și rezultate psihosociale negative Compasiunea în PLWH: rușine mai puțin internalizată și negativ. Comportamental Medicină, 47(21), 60-68 https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1659749.

Wittgens, C., Fischer, MM, Buspavanich, P., Theobald, S., Schweizer, K. și Trautmann, S. (2022). Sănătatea mintală la persoanele cu minorități sexuale orientări: O meta-analiză a studiilor bazate pe populație. Acta Psychiatrica Scandinavica, 145(4), 357–372. https://doi.org/10.1111/acps.13405 .

Worthen, MGF (2020). Minciuni ciudate, bis și strecurate: o intersecțională examinarea stigmatizării LGBTQ. Routledge.

Zimet, GD, Dahlem, NW, Zimet, SG și Farley, GK (1988). The Scala multidimensională a suportului social perceput. Jurnal de personalitate Evaluare, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2 .

Sectiunea Articole

Rolul schemelor inadecvate timpurii 153 Journal of Evidence Based Psychotherapies, Vol. 23, Număr special, martie 2023, 153-166.

10.24193/jebp.2023.1.7

ROLUL SCHEMELOR MA LADAPTIVE TIMPURIE

ÎN SCHIMBAREA SĂNĂTĂȚII MENTALE GENERALE

ȘI BUNSTARE ÎN TIMPUL COVID-19

PANDEMIE DE CORONAVIRUS

Joanna Urbańska1, Anna Słysz2*

1 Departamentul de Psihologie și Științe Cognitive, Universitatea Adam Mickiewicz, Poznań,

Polonia, e-mail: Joanna.urbanska@amu.edu.pl

2 Departamentul de Psihologie și Științe Cognitive, Universitatea Adam Mickie Wicz, Poznań,

Polonia, e-mail: aslysz@amu.edu.pl

Abstract

Această cercetare prezentată și-a propus să determine rolul dezadaptativului timpuriu

scheme în schimbarea sănătăţii mintale şi bunăstării generale în timpul

Pandemia de coronavirus COVID-19. Ne concentrăm asupra schimbărilor în sănătatea mintală

(anxietate și simptome depresive, gânduri morbide și idei suicidare)

și bunăstare. Studiul nostru retrospectiv a inclus 499 de adulți (316 femei și

173 de bărbați). Am folosit următoarele instrumente de cercetare: Sănătatea generală

Ches onar (GHQ -30), versiunea prescurtată a Calității vieții OMS

Chestionar (WHOQOL -BREF), Scala HASS -BREF pentru a evalua

severitatea ideilor și comportamentelor suicidare și Schema Young

Chestionar (YSQ -S3-PL). Instrucțiunile chestionarelor pentru

subiecții au fost modificați pentru a obține informații pentru trei perioade specifice:

înainte de pandemie, în cel mai dificil moment al pandemiei pt

indivizi și în ultimele două săptămâni (perioada de timp anterioară datelor

colectare; ianuarie/februarie 2021). Rezultatele cercetării indică faptul că

în timpul pandemiei de COVID -19, mulți oameni au declarat o creștere semnificativă

în numărul simptomelor depresive sau anxioase. Dezadaptativ precoce

schemele (Abandonul, Autocontrolul insuficient) prezic schimbări negative

în sănătatea mentală. În plus, alte scheme dezadaptative timpurii (Auto-

Sacrificiu, Standarde implacabile) prezic schimbări negative ale bunăstării.

Interesant este că schema de Subjugare poate juca temporar un rol adaptativ

în situații excepționale, cum ar fi o pandemie; c.

Cuvinte cheie: pandemie COVID -19, scheme dezadaptative timpurii, sănătate mintală,

bunăstare, gânduri sinucigașe.

* Corespondența referitoare la acest articol ar trebui să fie adresată Joannei Urbańska, Departamentul de

Psihologie și științe cognitive, Universitatea Adam Mickiewicz, ul. Wieniawskiego 1, 61 -712

Poznań, Polonia.

E-mail: Joanna.urbanska@amu.edu.pl

Terapia schematică dezadaptativă precoce este unul dintre cele mai populare modele din

abordare cognitiv-comportamentala. Terapia cu scheme are ca scop restabilirea bunăstării mentale

și modelează capacitatea de a avea grijă în mod independent și de a le satisface nevoile emoționale. Ea

subliniază o relație terapeutică profundă și emoționalul universal de bază al pacientului

nevoi, deosebind terapia schematică de o gamă largă de TCC (Rafa eli et al., 2011).

Terapia schematică este descrisă ca o psihoterapie emergentă „al treilea val" (Spedding &

Chibanda, 2019). Jeffrey E. Young (1999, în Young et al., 2003), creatorul acestui

terapie, definește o schemă dezadaptativă precoce (EMS) ca o temă largă, omniprezentă sau

model format din amintiri, emoții, cogniții și senzații corporale referitoare la

pe sine și relațiile cu ceilalți. Schemele se dezvoltă în timpul copilăriei sau

adolescenţa din cauza unor nevoi nesatisfăcute, iar accentul este pus pe interacţiunea dintre ei

mediu şi temperamentul copilului. Următoarele EMS pot rezulta din privare

a nevoii de atașament sigur: Abandon, Neîncredere/Abuz, Emoțional Deprivare, deficiență și izolare socială. În schimb, privarea de nevoie pentru că autonomia poate duce la EMS: dependență, vulnerabilitate la vătămare, îngrădire, și Eșecul. Privarea nevoii de limite realiste poate duce la perpetuarea altor EMS: îndreptățire, autocontrol insuficient. Privarea de nevoia de auto-exprimare poate duce la apariția altor trei EMS: subjugarea, Sacrificiul de sine și căutarea aprobării. În fine, rezultatul frustrării nevoii pentru spontaneitatea poate fi formarea EMS: Negativitate/Pesimism, Emoțional Inhibarea, standardele implacabile și pedeapsa (Young și colab., 2003). De asemenea, EMS apar la oameni sănătoși, dar sunt mai mici și pot rămâne inactivi până la individul se află într-o situație stresantă.

Rezultatele câtorva studii indică faptul că EMS determină vulnerabilitatea la simptome de anxietate și depresie (Cámara & Calvete, 2012; Harris & Curtin, 2002; Jabłoński & Chodkiewicz, 2017; Mącik, 2018). Simptomele depresiei sunt asociate cu scheme precum Izolarea Socială, Eșecul, Inhibarea Emoțională (Cámara & Calvete, 2012), Defectiveness, Insuficient Autocontrol și Vulnerabilitatea la rău (Harris & Curtin, 2002), în timp ce simptomele de anxietate sunt asociate cu Abandonul, Neîncrederea și Standardele Necruțătoare (Cámara & Calvete, 2012). Alte studii (Shahamat, 2011) indică o relație semnificativă între EMS de defectivitate și simptomele tulburărilor mentale (somatizare, anxietate și depresie). Conform lui Cormier et al. (2011), cea mai caracteristică schemele pentru pacienții depresivi sunt Deficiența, Dependența și Vulnerabilitatea la Dăuna. Cercetare interesantă asupra rezultatelor pandemiei de COVID -19 (în special a carantină) a fost efectuată în Portugalia (Faustino et al., 2022). Au arătat mai multe asocieri pozitive între EMS (Neîncredere/Abuz, Vulnerabilitate la vătămare,

Negativitate/Pesimism) și anxietatea COVID -19 și asocieri negative între

toate schemele şi bunăstarea psihologică. Cu toate acestea, niciun studiu nu a analizat

dinamica apariției și modificări ale unor astfel de simptome în contextul

Experiența pandemiei de COVID-19. Cercetarea noastră încearcă să umple acest gol și să identifice

care EMS sunt predictori ai schimbării în sănătatea mintală și bunăstarea generală în timpul

Sectiunea Articole

Rolul schemelor inadecvate timpurii 155 pandemia de coronavirus COVID -19. Studiul în timpul pandemiei este justificat

deoarece natura disfuncțională a schemelor este vizibilă în special atunci când an

individul se confruntă cu dificultăți sau cu o amenințare. Cunoștințele actuale despre rolul EMS

în timpul pandemiei de COVID -19 va permite terapeuților să planifice mai bine terapia

intervenții în situații asemănătoare pandemiei (de exemplu, război, dezastre naturale, noi pandemii

în viitor etc.).

Deoarece răspunsurile emoționale (de exemplu, anxietatea) la pandemia COVID -19 sunt

comune (OMS, 2022; Xiong et al., 2020), presupunem că majoritatea reacțiilor la

Situația actuală de pandemie poate fi considerată un răspuns natural la o criză. O

caracteristica definitorie a unei crize este că prezintă un risc pentru unele interese semnificative ale a

persoană; într-o pandemie, sănătatea și viața sunt în pericol, ca planuri de viață și relații. The

se pot aplica următoarele caracteristici ale unei crize situaționale (cum sunt enumerate de Miller, 2011).

la pandemia de COVID -19: bruscă (răspândire rapidă a coronavirusului și o bruscă

creșterea cazurilor), imprevizibilitatea (nu știm cât va dura pandemia

și cum va evolua), intensitatea (având în vedere numărul de cazuri și

decese) și în cele din urmă necontrolabilitatea (absența unei medicamente pe deplin eficiente, risc

de a se infecta în mai multe locuri). Prin urmare, emoțional și comportamental

pot fi aşteptate reacţii tipice unei crize psihologice. În timpul unei pandemii,

mai multe nevoi (cum ar fi securitatea, autonomia și spontaneitatea) sunt frustrate,

mai ales dacă o persoană se confruntă direct cu boală sau izolare socială. În timpul

pandemia de coronavirus, un EMS poate fi declanșat de sentimentul de amenințare, adică

frustrarea nevoii emoționale de bază de securitate și orice alte dificultăți

împiedicând îndeplinirea nevoilor cuiva. Am emis ipoteza că EMS sunt potențiale predictive

factori care influențează amploarea poverii psihologice în timpul COVID -19

pandemic.

Din aceste motive teoretice și empirice, am emis ipoteza că (1) acolo

este o relație semnificativă între nivelul de activare a tuturor EMS (de exemplu,

Autocontrol insuficient, abandon, vulnerabilitate la vătămare, izolare socială,

Deficiență, îngrădire/sine nedezvoltat, îndreptățire privare emoțională,

Standarde implacabile) și indicatori ai deteriorării sănătății și bunăstării;

(2) EMS sunt predictori semnificativi ai schimbării sănătății mintale generale în timpul

Pandemia de coronavirus COVID -19 și (3) EMS sunt predictori importanți ai

schimbarea bunăstării în timpul pandemiei de coronavirus COVID-19.

Material și metode

Sondajele online au fost efectuate în Polonia între 15 ianuarie și februarie

7, 2021, într-un grup de 499 de participanți (vezi Tabelul 1). Vârsta medie a

respondenții a fost de 31,31 (între 18 și 72 de ani; SD = 12,48). Facebook

reclamele au fost folosite pentru recrutarea participanților.

Sectiunea Articole

156 Rolul schemelor inadecvate timpurii Tabelul 1. Statistici de frecvență pentru variabilele sociodemografice

Variabile sociodemografice n %

Genul feminin

Bărbat

Altele 316

173

10 63

35

2

Educație Învățământ primar

Învățământul secundar inferior

Învățământul profesional

Învățământ secundar

Studii superioare incomplete

Învățământ superior 3

21

24

132

102

217 1

4

5

26

20

43

Condiţii de ocupare Şomer

Stude nt

Salariat/independent

Pensionar 29

208

242

20 6

42

48

4

Mod de lucru profesional Munca staționară

Munca online

Munca mixta

Nu se aplică 101

222

90

86 20

44

18

17

Trăiește singur Da

nr 75

424 15

85

Relația romantică nr

Informale

Formal

Niciun răspuns 167

157

131

44 33

31

26

9

Să aibă copii nr

Da – unul

Da – doi

Da – trei sau mai multe

Niciun răspuns 373

50

54

21

2 75

10

11

4

0

Starea materialului Insuficient

Nici un răspuns

Suficient 102

151

246 20

30

49

Boală somatică severă diagnosticată înainte de

pandemie Da

Nu

Niciun răspuns 25

450

24 5

90

5

Boală mintală diagnosticată înainte de

pandemie Da

Nu

Niciun răspuns 89

387

23 18

78

5

Contact cu un pacient COVID-19 Da

nr 290

209 58

42

Pozitiv e COVID -19 Da

Nu

Niciun răspuns 66

422

11 13

85

2

Carantină Da

nr 170

329 34

66

Sectiunea Articole

Rolul schemelor inadecvate timpurii 157 Proiectul de cercetare (designul și cursul studiului, chestionare și

instrucțiuni) a fost aprobat de Comitetul de etică a cercetării din cadrul Universității

[afilierea n]. Instrumentele de studiu au inclus o instrucțiune standard pentru psihomometrie

teste, notificare de confidențialitate GDPR, consimțământ pentru participarea la studiu, detalii (la

măsoară variabilele sociodemografice: sex, vârstă, educație, ocupație etc.) ca

precum și întrebări despre sănătate, contacte cu persoane infectate cu coronavirus,

carantină, funcționarea generală în timpul pandemiei și instrumente psihometrice precum

YSQ -S3-PL, GHQ -30, WHOQOL -BREF, HASS -BREF.

Chestionarul Young Schema (YSQ -S3-PL) este un auto-raport

quest ionnaire concentrat pe evaluarea 18 EMS. Versiunea poloneză a chestionarului

a fost utilizat (Oettingen et al., 2017). Coeficientul de fiabilitate din eșantionul nostru, măsurat

cu alfa lui Cronbach pentru scale individuale, a fost între 0,62 și 0,81. The

validitatea discriminatorie a chestionarului este satisfăcătoare.

Chestionarul general de sănătate al lui David Goldberg (GHQ -30) în poloneză a fost

folosit pentru a evalua starea de sănătate mintală a adulților, mai precis, mintală non-psihotică

tulburări de sănătate, la populația generală. Chestionarul GHQ -30 ajută

identifica persoanele a căror sănătate s-a deteriorat din cauza dificultăților sau mintale

boli în populația generală. Chestionarul are trei scale: depresie

și anxietatea, funcționarea generală și relațiile interpersonale. Cel intern

consistența scalei GHQ din eșantionul nostru, măsurată prin alfa lui Cronbach, este în creștere

până la 0,97 (Frydecka și colab., 2010).

Chestionarul privind calitatea vieții al Organizației Mondiale a Sănătății (WHOQOL -

BREF) în poloneză (Jaracz et al., 2006) a fost folosit pentru a evalua starea de bine în patru

domenii: sănătatea fizică, sănătatea psihologică, relațiile sociale și

mediu (Whoqol Group, 1995). Starea de bine este cel mai natural aspect al

calitatea subiectivă a vieții (Olthuis și Dekkers, 2005). Alfa lui Cronbach a fost

considere d adecvat (α = 0,92).

Versiunea scurtă poloneză a Sondajului de sinucidere Harkavy Asnis (HASS -

BREF) a fost utilizat pentru a evalua gândurile și comportamentul suicidar (Friedman și Asnis,

1989). Versiunea completă a scalei include 20 de afirmații; 10 au fost folosite pentru

această studiu. În studiile pilot anterioare, fiabilitatea jumătății a creat din selectate

articolele a fost satisfăcătoare și fiabilitatea instrumentului complet verificată cu jumătate

Metoda (Spearman -Brown) a fost ridicată. HASS -BREF a avut, de asemenea, o bună fiabilitate la noi

eșantion (α = 0, 92).

Pentru cele trei chestionare (GHQ -30, WHOQOL -BREF și HASS -

BREF), instrucțiunile pentru respondenți au fost modificate pentru a colecta informații

despre sănătatea respondenților, bunăstarea și severitatea ideilor suicidare în trei

perioade de timp: 1) înainte de pandemie, 2) la cel mai dificil moment din timpul

 pandemic, 3) în ultimele două săptămâni înainte de participarea la studiu (între

15 ianuarie și 7 februarie 2021).

Autorii au testat fiabilitatea instrumentelor folosind consistența internă

metodă. Fiabilitatea instrumentelor, măsurată prin alfa lui Cronbach, este ridicată,

variind de la 0,92 la 0,96 pentru instrumentele utilizate pentru a evalua sănătatea și bunăstarea. Cât despre

chestionar pentru schema dezadaptativă precoce, având în vedere numărul de întrebări pentru fiecare

(doar 5), coeficienții de fiabilitate par satisfăcători (0,64 la 0,92).

Rezultate și analize

Analiză cantitativă, folosind PS IMAGO PRO 7 (IBM SPSS Statistics 27),

a fost efectuat pentru eșantion (variabile statistice, comparație de mijloace, non-

opțiuni parametrice pentru corelarea coeficienților, analiză de regresie). Un înapoiat

regresia liniară în etape a fost utilizată pentru a identifica posibili predictori ai rezultatului

modificarea GHQ/WHOQOL din EMS care se corelează cu variabila dependentă.

La fiecare pas, variabilele au fost alese pe baza valorilor p și a pragului valorii ap a

0.1 a fost folosit pentru a limita numărul de variabile incluse în modelul final.

Tabelul 2 prezintă statistici descriptive pentru principalele variabile.

Tabelul 2. Rezultatele medii în HASS -BREF, GHQ -30 și WHOQOL -BREF pentru întreg

eșantionare pentru cele două perioade: înainte de pandemie și în cel mai dificil moment (N = 499)

M SE SD

HASS -BREF

Înainte

Dificil

4.32

5.24

.28

.5

6.21

7,75

GHQ -30

Înainte

Dificil

56,37

80,62

.61

.91

13.68

20.25

CINE -QOL -BREF

Înainte

Dificil

96,72

78,52

.74

.80

16.48

17.8

Notă: M – medie, SE – eroare standard, SD – abatere standard, Înainte – înainte de pandemia COVID -19,

Dificil – cel mai dificil moment al pandemiei COVID -19 pentru indivizi.

Analiza ulterioară a arătat o relație semnificativă între activare

nivelul EMS și indicatorii deteriorării sănătății sau bunăstării și

schimbarea sănătății mintale/bunăstarea generală în timpul coronavirusului COVID -19

pandemie (vezi Tabelul 3).

 Tabelul 3. Coeficienții de corelație (rho) între schemele dezadaptative inițiale și GHQ -30,

HASS -BREF, WHOQOL -BREF și modificarea GHQ -30, HASS -BREF, WHOQOL -BREF

HASS

(B) HASS

(MD) HASS

(Ch) GHQ

(B) GHQ

(MD) GHQ

(Ch) CINE -

QOL (B) CINE -QOL

(MD) OMS -

QOL (Ch)

ED .30** .30** .081 .37** .22** .016 -.47** -.39** -.046

AB .42** .45** .153** .37** .41** .229** -.32** -.42** .149**

MA .41** .42** .133** .37** .35** .149** -.39** -.43** .075

SI .52** .41** .023 .47** .34** .092* -.43** -.42** .029

DS .40** .40** .109* .42** .29** .050 -.50** -.42** -.043

FA .40** .40** .083 .45** .35** .111* -.44** -.43** .038

DI .39** .39** .081 .48** .35** .084 -.46** -.43** .018

VU .42** .44** .157** .42** .41** .185** -.42** -.48** .105* .

EM .26** .30** .142** .35** .24** .052 -.38** -.34** -.002

SB .40** .41** .124** .45** .36** .109* -.43** -.45** .067

SS .14** .14** .103* .13** .16** .107* -.10* -.22** .132** .

EI .25** .26** .085 .34** .31** .131** -.35** -.39** .060

SUA .29** .27** .083 .27** .31** .177** -.20** -.37** .178** .

ET .20** .22** .075 .25** .17** .023 -.23** -.25** .028

IS .36** .39** .087 .36** .36** .169** -.33** -.41** .123** .

AS .30** .33** .085 .29** .31** .165** -.22** -.32** .134**

NP .49** .48** .096* .47** .43** .188** -.42** -.47** .103*

PU .39** .37** .083 .35** .29** .103* -.33** -.35** .030

Nota. B – înainte de pandemia COVID -19, MD – cel mai dificil moment al pandemiei COVID -19, Ch –

schimbare (valoarea celui mai dificil moment al pandemiei minus scorul pre-pandemic), ED – emoțional

Schema de privare, AB – Schema de abandon, MA – Schema de neîncredere/Abuz, SI – Izolarea socială

schema, DS – Schema de defectivitate, FA – Schema de defecțiune, DI – Schema de dependență, VU – Vulnerabilitatea la

schema de vătămare, EM – Schema de încrucișare, SB – Schema de subjugare, SS – Schema de sacrificiu de sine, EI –

Schema de inhibiție emoțională, SUA – Schema standardelor necruțătoare, ET – Schema de drepturi, IS – Insuficient

Schema de autocontrol, AS – Schema de căutare a aprobării, NP – Schema de negativitate/Pesimism, PU – Pedeapsă

schema a, *p < .005, **p < .001.

Toate corelațiile dintre EMS și principalele variabile (adică, mentalul general

sănătatea, gândurile morbide și bunăstarea) au fost semnificative (r de la 0,1 la 0,52, p <

0,005 sau p < 0,001). Mai mult, a fost observată și o relație între E MS și

schimbare negativă a sănătății mintale generale și o schimbare negativă a bunăstării. In aceasta

caz, nu toate corelațiile s-au dovedit a fi semnificative statistic. Rolul negativ

de schimbări în timpul pandemiei de COVID -19 au fost dezvăluite pentru scheme:

Aban donment, Vulnerabilitate la vătămare, Subjugare și Negativitate/Pesimism.

Au fost efectuate teste de regresie suplimentare pentru a oferi predictori ai schimbării

între perioada de dinaintea pandemiei și cea mai dificilă perioadă a pandemiei).

O analiză de regresie liniară în trepte înapoi (F = 10,139, p < 0,001, N = 499) a fost

efectuat pentru a identifica predictorii variabilei dependente „schimbare în general mental

sănătate” (valoare pentru cea mai dificilă perioadă a pandemiei minus pre-pandemie

Scor). Rezultatele au arătat că Ab andonment, Subjugare și Insuficient Self -

Controlul au fost predictori ai schimbărilor în sănătatea mintală. Valoarea negativă a beta

coeficientul pentru Subjugare înseamnă că, pe măsură ce schema devine mai puternică,

 diferența în sănătatea mintală generală este mai mică. Consultați Tabelul 4 pentru mai multe detalii

prezentarea rezultatelor.

Tabelul 4. Coeficienți de regresie standardizați și nestandardizați

pentru modificarea variabilă a GHQ

Variabilele	B	SE	Beta
Schema de abandon	.646	.176	.216
Schema de subjugare	-.362	.210	-.104
Schema de autocontrol insuficientă	.371	.184	.108

R2 = .051

Modelul reprezintă 5,2% din variația schimbării GHQ (cel mai dificil

timpul minus pre-pandemie).

În același mod, analiza de regresie (F = 9,021, p < 0,001, N = 499) a fost

efectuat pentru variabila dependentă t „schimbarea evaluării subiective a bine -

fiind ” (scor pentru scorul pre-pandemic minus cel mai dificil moment al

pandemic). Autosacrificiul și Standardele neînduplecate au fost predictori ai schimbărilor în

evaluarea subiectivă a bunăstării în timpul pandemiei de COVID-19. Fântâna -

evaluarea fiind se schimbă mai mult atunci când schemele sunt activate. Rezultatele sunt

prezentate în tabelul 5.

Tabelul 5. Coeficienți de regresie standardizați și nestandardizați

pentru modificarea variabilă a WHOQOL

Variabilele B SE Beta

Schema de sacrificiu de sine .289 .159 .09

Schema de standarde implacabile .412 .145 .141

R^2 = .039

Modelul reprezintă 3,9% din variația modificării WHOQOL (majoritatea

timp dificil minus pre-pandemie).

Lipsa analizei de regresie privind HASS -BREF se datorează faptului că

severitatea ideilor și comportamentelor suicidare a vizat doar un procent foarte mic

din eşantion (6% în cele mai dificile momente).

Discuții și concluzii

Cercetarea prezentată aici și-a propus să determine predictorii schimbării în

sănătate mintală și bunăstare generală în timpul pandemiei de coronavirus COVID -19.

În mod interesant, s-au dovedit predictorii importanți ai schimbărilor în sănătatea mintală generală

a fi Abandon si Insuficient Autocontrol. Schema de abandon este

 legate de frustrarea atașamentului. La persoanele cu un Abandon puternic

schema, consecințele situației pandemice, în care a fost imposibil

satisface nevoia de atașament, ar putea fi mai severă. Consecințele includ puternice

frica de a-i pierde pe cei apropiați, o ruptură a relațiilor și impactul rezultat asupra

sentimentul de siguranță. Schema de autocontrol insuficient este legată, pe de o parte

pe de o parte, la o toleranță scăzută la frustrare în atingerea scopurilor cuiva și, pe de altă parte

mână, prea puțină capacitate de a controla propriile emoții și impulsuri (Roediger și colab.,

2018). Pe perioada pandemiei, cu izolare socială și mai multe impuse extern

constrângerile, disconfortul și frustrarea cu diferite obiective erau inevitabile.

În consecință, activarea schemei de autocontrol insuficient s-ar putea agrava

simptome ale tulburărilor de sănătate mintală legate de emoții (de exemplu, anxietate) sau simptome depresive. Ar putea contribui la scăderea stării de bine. Probabil, persoanele cu deficit de autocontrol au cunoscut cea mai mare scădere a stării de bine și deteriorarea sănătăţii mintale în mod subiectiv. Schema de standarde implacabile poate avea a contribuit la o reducere a bunăstării, deoarece a fost posibil să se întâlnească doar o parte din obligaţiile şi cerinţele noii şi instabile situaţii. Aceasta corespunde constatările altor autori (Flett și Hewitt, 2020) privind problemele psihologice asociat cu criza globală de sănătate în rândul perfecționiștilor vulnerabili.

Rezultatele studiului nostru privind semnificația predictivă a unor astfel de scheme ca Autocontrol insuficient și abandon pentru evaluarea subiectivă a mentalului sănătatea sunt în concordanță cu constatările altor cercetători (Cámara, Calvete, 2012; Harris, Curtin, 2002) publicat înainte de pandemia COVID -19.

Descoperirile pentru factorii de protecție sunt, de asemenea, interesante. Subjugarea schema, legată de predarea controlului, s-a dovedit a proteja respondenții de deteriorarea sănătății mintale. Cel mai probabil, oameni care au învățat să se sacrifice unele dintre nevoile lor, în ciuda consecințelor emoționale, au fost mai rezistente la frustrarea nevoilor lor cauzate de pandemie, care ar fi putut atenua riscul de a dezvolta tulburări de sănătate mintală. Deși ar putea fi de așteptat ca o altă schemă care implică sacrificarea nevoilor cuiva pentru ceilalți, și anume Sine - Sacrificiul, ar trebui să aibă o funcție similară, studiul nostru a arătat că nu a fost cazul. Schema a contribuit la scăderea bunăstării. Aceasta înseamnă că frustrarea nevoile diferite în timpul pandemiei ar putea fi atât de semnificative încât chiar și acelea de obicei dispuși să renunțe la îndeplinirea nevoilor lor încă simt psihologic consecințele acestei frustrări.

Cercetarea noastră nu este fără limitări. Prima este retrospectiva

natura studiului. Întrebând respondenții despre pandemia anterioară perioade, am putut afla cum au evaluat momentele cele mai dificile și ale lor sănătate mintală după ce a trecut ceva timp. Cu toate acestea, nu putem fi siguri dacă acestea chiar așa am simțit. O altă limitare este utilizarea metodelor de auto-raportare numai pentru evaluarea stării psihice a respondenţilor. Instrumente obiective (cum ar fi teste fiziologice) ar putea oferi mai multe informații. Un alt fel de limitare este măsurarea EMS a fost o singură dată. Rezultatele cercetării noastre nu ne permit determinați în ce măsură schemele contribuie la severitatea simptomelor de

Sectiunea Articole

162 Rolul schemelor inadecvate timpurii anxietatea și depresia și în ce măsură simptomele (de exemplu, anxietatea) sunt cele care activează

schema. Nu se știe care a fost dinamica activării EMS în timp. Noi poate avea de-a face cu un cerc vicios: o schemă activă agravează sănătatea mintală și scade starea de spirit, ceea ce întărește schema, ducând la deteriorarea în continuare a sănătate mintală etc. O altă limitare, deși justificată, este aceea că studiul implicat în principal voluntari și utilizatori de internet. Studiul nostru nu a acoperit mulți oameni în lor maturitate târzie. De asemenea, persoanele cu o severitate a sănătății mintale peste medie tulburările (de exemplu, depresia) nu au participat la studiu deoarece sunt scăzute starea de spirit și oboseala i-au împiedicat să se angajeze într-o sarcină solicitantă din punct de vedere cognitiv.

Cercetarea noastră privind EMS oferă noi informații despre factorii care afectează o criză răspuns. Studiul a arătat că schemele ar putea afecta modul în care oamenii fac față pandemie COVID-19 în curs. Interesant, schemele care contează cel mai mult schimbări negative ale sănătății mintale generale în situația pandemiei de COVID-19 criza sunt legate de frustrarea a două nevoi diferite: ataşamentul sigur şi protecție (schema de abandon) și limitări realiste și autocontrol

(Schema de autocontrol insuficientă). Prin urmare, psihoterapeutul trebuie să se concentreze asupra construirea unei relații cu un astfel de pacient, stabilirea de limite și sprijinirea de sine - competenţe legate de control. Schema terapia poate fi un model bun pentru a lucra cu un pacient care se confruntă cu efectele psihologice ale pandemiei.

După cum arată rezultatele cercetării prezentate mai sus, în perioada COVID -19 pandemie, mulți oameni au declarat o creștere semnificativă a numărului de depresivi sau simptome de anxietate. Se știe că schemele sunt activate în special în cele mai dificile momente în care o persoană nu poate satisface nevoile. Cu toate acestea, terapeutic munca in afara perioadelor critice pentru populatie, precum pandemiile, naturale dezastrele sau conflictele violente sunt la fel de importante. Ps ychoeducation in domeniul schemele dezadaptative și reacțiile la acestea pot ajuta oamenii să înțeleagă rolul și importanța schemelor active în comportamentele lor care agravează problemele de zi cu zi viaţă. De exemplu, lucrul cu Unrelenting Standards sc hema, în special pe perfecționism nesănătos, prin părăsirea modului de supra-compensator și performanță sarcini în timp ce ai grijă de un copil sensibil din poziția unui adult sănătos poate ajuta pacientii sa descopere placerea vietii. Această schemă sporește depresia și tulburări de anxietate. Pacienții se simt inadecvați în majoritatea domeniilor, de la personal la viata profesionala. Lucrați la reducerea impactului acestei scheme asupra cotidianului funcționarea poate îmbunătăți bunăstarea oamenilor. Un alt exemplu ar putea implica lucrul cu cineva cu o schemă de abandonare activă. Indiferent dacă este vremea unei pandemii sau a unei crize economice, competența personală de a distinge situația de abandon real de problema escaladării fricii de abandon preconizat este foarte important. Lucru terapeutic cu moduri schema poate ajuta pacientul să răspundă mai adaptativ în loc să rămână în defensivă sau moduri copilăreşti. Tehnici imaginative, cum ar fi o punte emoțională către trecut cu

schimbarea scenariului, poate oferi pacienților o imagine și o experiență posibilă

satisfacerea nevoilor lor chiar și în situații foarte dificile (de exemplu, obținerea de ajutor în

caz de accident sau victimă a agresiunii sau hărțuirii).

Sectiunea Articole

Rolul schemelor neadaptative timpurii 163 Ca parte a psihoeducației, terapeutul poate arăta și pacienților cu un

Schema activă de Subjugare în care poate juca temporar un rol adaptativ

situații excepționale, cum ar fi o pandemie sau dezastre naturale. In unele cazuri,

schimbările temporare ale condiţiilor şi comportamentelor de subordonare pot fi cele adaptive

soluție n. Prin urmare, contextul (tipul de criză etc.) poate oferi un fundal pentru a

impactul mai mare sau mai mic al schemei asupra deteriorării sănătății mintale.

Pentru a rezuma, recomandarea de bază din rezultatele cercetării noastre este aceea

merită să lucrezi la reducerea impactului schemelor dezadaptative asupra omului

funcționează în viața de zi cu zi, deoarece acesta poate acționa ca un factor de protecție în cele mai dificile

momente. Aceasta este o prevenire cu un posibil rol pozitiv clar în viața unui

persoană care se luptă cu dificultăți specifice în satisfacerea nevoilor. Al doilea

recomandare importantă vizează funcţia terapeutică a elaborării

(reflecție) cu pacienții despre situațiile negative pe care le experimentează (fiecare persoană

mai devreme sau mai târziu poate experimenta, de exemplu, respingerea reală de către cineva, înșelăciune,

sau rănire). Ideea este de a normaliza astfel de situații în care se dovedește că

lumea ar putea fi periculoasă și să nu le interpretăm într-un mod care să le întărească

schema. Cercetarea empirică de acest tip este, așadar, pe de o parte, a

contribuția la testarea empirică a teoriei schemelor și, pe de altă parte, a

sursă de îndrumare pentru practica terapeutică. Cercetările ulterioare ar putea viza care

schemele sunt activate în funcție de tipul situației dificile (de criză), iar

dinamica activării anumitor scheme în timp.

Nota autorilor

Această lucrare a fost susținută de Universitatea Adam Mickiewicz [Cercetare privind

COVID -19, numere de grant 25/2020] .

Referințe

Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Schemele dezadaptative timpurii sunt moderatoare ale

Impactul evenimentelor stresante asupra anxietății și depresiei la studenții universitari.

Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34(1), 58 -68.

https://psycnet.apa.org/ doi/10.1007/s10862 -011-9261 -6.

Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2011). The

influența dintre schemele dezadaptative precoce și depresie. L'encephale,

37(4), 293 -298. https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.01.001.

Faustino, B., Vasco, AB, Delgado, J., Farinha-Fernandes, A., & Guerreiro, JC

(2022). Scheme dezadaptative timpurii și anxietatea COVID-19: mediația

rolul neîncrederii și al vulnerabilității la vătămări și boli. Psihologie Clinică

& Psihoterapie , 23(3), 492. htt ps://doi.org/10.4081/rippo.2020 .492

 Flett, GL și Hewitt, PL (2020). Pandemia perfecționismului se întâlnește cu COVID-19:

Înțelegerea stresului, stresului și problemelor în viață pentru perfecționiști

în timpul crizei globale de sănătate. Journal of Concurrent Disorders, 2(1), 80 -105.

https://doi.org/10.54127/axgj8297.

Friedman JMH, Asnis GM (1989). Evaluarea comportamentului suicidar: un nou

instrument. Analele psihiatrice, 19, 382 -387. https://doi.or g/10.3928/0048 -

5713-19890701-11.

Frydecka D., Małyszczak K., Chachaj A., Kiejna A. (2010). Structura factorială a

Chestionarul general de sănătate (GHQ-30). Psihiatrie poloneză, 44, 341-359.

Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Percepții parentale, scheme dezadaptative timpurii, și simptome depresive la adulții tineri. Terapie cognitivă și cercetare, 26(3), 405-416. https://doi.org/10.1023/A:1016085112981 .

Jablonski, M. și Chodkiewicz, J. (2017). Scheme m adaptative timpurii și nivelul de depresie la dependenții de alcool. Psihiatrie și psihologie clinică, 17(3), 165 - 171. https://doi.org/10.15557/PiPK.2017.0018 .

Jaracz, K., Kalfoss, M. H., Górna, K. și Bączyk, G. (2006). Calitatea vieții în poloneză respondenți: proprietăți psihometrice ale WHOQOL polonez -Bref. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20 (3), 251 -260. https://doi.org/ 10. 1111/J.1471 -6712.2006.00401.X .

Mącik, D. (2018). Scheme dezadaptative timpurii, atitudini și temperament parental, și evoluția trăsăturilor de personalitate limită și evitantă – căutarea pentru interdependente. Psychiatria i Psychologia Kliniczna , 18(1), 12–18. http://dx.doi.org/10.15557/PiPK.2018.0002 .

Miller, G. (2011). Fundamentele consilierii de criză. John Wiley & Sons.

Oettingen, J., Chodkiewicz, J., Mącik, D. și Gruszczyńska, E. (2017). Lustrui adaptarea chestionarului Young Schema 3 forma scurtă (YSQ -S3-PL). Psychiatria Polska , 82(1), 1 -12. http://dx.doi.org/10.12740/ PP/OnlineFirst/ 76541 .

Olthuis, G., & Dekkers, W. (2005). Calitatea vieții considerată ca și bunăstare: Vizualizări din filozofie și practica îngrijirilor paliative. Medicină teoretică şi Bioetică, 26(4), 307 -337. https://doi.org/10.1007/s11017 -005-4487 -5.

Rafaeli, E., Bernstein, DP și Young, J. (2011). Schema terapie: distinctiv Caracteristici . Routledge/Taylor & Francis Group.

Roediger, E., Stevens, BA și Brockman, R. (2018). Terapia schematică contextuală:

O abordare integrativă a tulburărilor de personalitate, dereglarea emoțională,

și funcționarea interpersonală. Noile publicații Ha rbinger.

Shahamat, F. (2011). Prezicerea simptomelor generale de sănătate (somatizare, anxietate,

depresie) din schemele dezadaptative precoce. Journal of Modern Psychological

Cercetări, 5(20), 103 -124.

Spedding, MF și Chibanda, D. (2019). Modele emergente de psihoterapie. În D.

J. Stein, JK Bass, SG Hofmann (eds.), Global Mental Health și

Psihoterapie (p. 127 -152). Presa Academică. https://doi.org/10.1016/B978 -

0-12-814932 -4,00006 -9.

Sectiunea Articole

Rolul schemelor inadecvate timpurii 165 OMS, Sănătate Mintală și COVID -19: Dovezi timpurii ale impactului microfonului:

Rezumat științific. Preluat de la https://www.who.int/publications/i/item/ WHO -

2019 -nCoV -Sci_Brief -Mental_health -2022.1 . Accesat `25 aprilie 2022.

Whoqol Group, Organizația Mondială a Sănătății, evaluarea calității vieții

(WHOQOL): document de poziție de la Organizația Mondială a Sănătății. Social

Science & Medicine, 41 (1995), 1403 -1409. https://doi.org/10.1016/0277 -

9536(95)00112 -k.

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, LMW, Gill, H., Phan, L., Chen -Li, D.,

Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., McIntyre, RS (2020). Impactul COVID -

19 pandemie asupra sănătății mintale în populația generală: o revizuire sistematică.

Journal of Affective Disorder, 277, 55-64. https://doi.org/10.1016/ j.jad.2020.

08.001.

Young, JE, Klosko, JS și Weishaar, ME (2003). Schema terapie: A

ghidul practicianului. Presa Guilford.

[Pagina 170 - Fără text extras]

[Pagina 171 - Fără text extras]